

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

Le Risque Invalidité dans l'Assurance sociale en France

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le 14 Mai 1938, à 13 h. 30

PAR

JEAN LEBRAUD

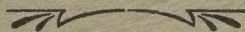
Licencié ès Lettres

Rédacteur à la Caisse des Dépôts et Consignations

PRÉSIDENT : M. LESCURE, Professeur.

SUFFRAGANTS : M. NOGARO, Professeur.

M. DOLLÉANS, Professeur.



PARIS

LES ÉDITIONS DOMAT-MONTCHRESTIEN

F. LOVITON & Cie

158-160, RUE SAINT-JACQUES

1938

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Le Risque Invalidité
dans
l'Assurance sociale en France

Le Risque Invalidité dans l'Assurance sociale en France

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le 14 Mai 1938, à 13 h. 30

PAR

JEAN LEBRAUD

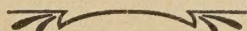
Licencié ès Lettres

Rédacteur à la Caisse des Dépôts et Consignations

PRÉSIDENT : M. LESCURE, Professeur.

SUFFRAGANTS : M. NOGARO, Professeur.

M. DOLLÉANS, Professeur.



PARIS

LES ÉDITIONS DOMAT-MONTCHRESTIEN

F. LOVITON & Cie

158-160, RUE SAINT-JACQUES

1938



*A la mémoire de mon père,
Charles Lebraud,
mort pour la France le 26 Septembre 1914
à Montbré (Marne)*

INTRODUCTION

L'institution de l'assurance sociale en France n'a pas encore d'histoire (1). Créée par la loi du 5 avril 1928, elle n'est entrée en application que le 1^{er} juillet 1930. Elle est donc encore trop jeune pour avoir pu déjà sillonner son évolution de jalons historiques. Mais malgré son caractère tout récent elle a déjà fait l'objet de nombreuses dispositions législatives et réglementaires dont les principales sont les suivantes : lois fondamentales des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 ; lois moins importantes des 5 août 1929, 31 mars et 28 juillet 1931, 31 mars 1932, 31 mai 1933, 28 février et 1^{er} juillet 1934, 10 juillet 1935 ; décrets-lois des 15 mai 1934 et 16 juillet 1935 ; décrets des 30 mars 1929, 25 juillet 1930, 22 septembre 1931, 15 février, 21 mars, 15 et 21 avril 1932, 27 janvier et 9 juin 1933, 18 mai, 6 août et 24 octobre 1934.

La législation actuelle résulte, en ce qui concerne les assurés du Commerce et de l'Industrie, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par les lois des 26 août 1936 et 31 décembre 1937, et dont l'application a été précisée par le Règlement d'Administration Publique du 19 mars 1936 (*Journal officiel* du 22 mars 1936), par le décret sur la comptabilité des caisses du 29 juillet 1936 (*Journal Officiel* des 10 et 11 août 1936), et par certains autres décrets et arrêtés dont les principaux sont les décrets des 24 avril et 29 juillet 1936 et les arrêtés des 23 avril et 29 juillet 1936.

(1) V. cependant l'étude des précédents en France et des institutions analogues à l'étranger dans le rapport au Sénat du Dr Chauveau du 8 juillet 1925 (annexe n° 435, p. 21 et suiv., 485 et suiv.) et dans son ouvrage « Loi sur les Assurances Sociales », éd. 1928, p. 5 et suiv.

D'autre part le régime des assurés de l'agriculture a été déterminé par le décret-loi du 30 octobre 1935. Bien qu'il se rapproche sur beaucoup de points du régime applicable aux assurés du commerce et de l'industrie il ne s'en distingue pas moins par des dispositions spéciales importantes. Pour éviter les complications susceptibles de résulter des différences existant entre les deux régimes ces dispositions spéciales seront laissées en dehors de la présente étude, qui, au surplus, n'a pas la prétention de mettre en lumière toutes les particularités du sujet traité ; il est nécessaire en effet de rejeter le détail pour ne considérer que l'essentiel ; c'est pour cette raison que les mesures de contrôle, notamment, ne feront pas l'objet d'un examen d'ensemble.

Le décret-loi du 28 octobre 1935, qui a remanié et refondu, en la simplifiant et en la clarifiant, la législation antérieure, n'a rien changé aux principes essentiels de celle-ci, trop connus pour qu'il soit nécessaire de les reprendre ici, et trop généraux d'ailleurs pour entrer dans le cadre restreint de cette étude particulière. Il a néanmoins procédé à des modifications importantes : suppression de l'assurance facultative, extension de l'assurance à de nouvelles catégories sociales, changement dans le calcul et la perception des cotisations, assouplissement des conditions d'obtention des prestations, et surtout réorganisation de la réassurance et de la compensation sur une base régionale par la création, à côté des services régionaux prévus par le décret-loi du 16 juillet 1935, d'unions régionales « groupant toutes les caisses d'assurance-maladie de la région, et chargées du service des soins aux invalides, du paiement des rentes d'invalidité pendant les cinq premières années et d'une compensation équitable des risques entre les organismes adhérents » (communiqué du Ministère du Travail reproduit notamment

dans le journal « Le Temps » du 1^{er} novembre 1935). Ces modifications seront examinées à leur place, dans la mesure où elles concernent l'assurance-invalidité.

L'assurance-invalidité n'est, au même titre que les assurances-maladie, maternité, décès et vieillesse, qu'une modalité de l'assurance sociale en général. Elle a pour objet essentiel de garantir une pension aux assurés qui, par suite d'accident ou de maladie ayant réduit leur capacité de travail dans une certaine proportion, ne peuvent pas encore bénéficier de leur pension de vieillesse. Le versement des prestations de cette assurance fait suite à celui des prestations de l'assurance-maladie et précède celui des prestations de l'assurance-vieillesse, de sorte que certains liens unissent les caisses d'assurance-invalidité aux caisses d'assurance-maladie d'une part et aux caisses d'assurance-vieillesse d'autre part.

Quant au champ d'application de l'assurance, tout accident ou maladie réduisant la capacité de travail dans la proportion convenue n'ouvre pas nécessairement droit à une pension d'invalidité. L'accident ou la maladie peuvent en effet relever d'une autre législation et ouvrir droit à des prestations différentes de celles de l'assurance sociale. Le cumul, alors, n'est pas permis. Tel est le cas pour les pensions de réforme militaire pour maladie ou infirmité contractée pendant le service. Tel est le cas également pour les allocations versées en vertu de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Cette dernière espèce est particulièrement importante en pratique, puisque les assurés sociaux sont précisément des travailleurs, soumis en tant que tels à la législation des accidents du travail. La situation, en principe, paraît très nette : d'un côté la loi du 9 avril 1898 applicable aux acci-

dents du travail ; de l'autre la législation des assurances sociales applicable à tous les autres accidents (accidents de droit commun). Mais dans la réalité la distinction est moins facile.

Aux termes de la loi de 1898 est accident du travail tout accident survenu par le fait du travail ou seulement à l'occasion du travail, c'est-à-dire tout accident qui, sans avoir une cause immédiate et directe dans le travail, s'y rattache cependant par un lien de connexité. Cette dernière notion a été étendue par la jurisprudence, d'une part au cas de tout accident survenu pendant les opérations accessoires au travail, par exemple au cours d'une aide apportée à un tiers avec l'autorisation du patron, et d'autre part au cas de tout accident qui, sans avoir sa cause directe dans le travail, est survenu « au temps et au lieu du travail ». C'est ainsi qu'une hémorragie cérébrale ou une mort subite survenue au cours du travail a été considérée dans certains cas comme constituant un accident du travail, sauf preuve contraire à la charge du patron. C'est ainsi également qu'en matière agricole la Chambre civile de la Cour de Cassation a reconnu comme étant un accident du travail l'accident survenu à un domestique de ferme au cours d'un déplacement qu'il avait effectué le dimanche de sa propre volonté, alors qu'il avait été chargé de faire diverses commissions pour son patron, et qu'il rapportait notamment une boîte de conserves pour le déjeûner du personnel de la ferme (16 mars 1937. *Gazette Palais* 1937.1.824).

Toutefois la jurisprudence, d'une façon générale, ne reconnaît pas à l'ouvrier le droit d'être indemnisé pour un accident survenu au cours du trajet qu'il accomplit pour se rendre à son travail ou pour en revenir. Les accidents de cette sorte rentrent donc dans la catégorie des accidents de

droit commun ouvrant droit, de même que les maladies autres que les maladies professionnelles, aux prestations de l'assurance-invalidité.

Le champ d'application de cette assurance étant ainsi précisé quant aux faits générateurs de l'incapacité prise en considération, il convient d'étudier en premier lieu les avantages qui s'attachent à cette incapacité et les conditions dans lesquelles ils sont acquis, autrement dit de définir les droits et les obligations respectifs des assurés sociaux et des caisses.

D'autre part, la législation ayant prévu tout un système juridique destiné à sauvegarder les droits tant des assurés que des caisses, il est nécessaire d'examiner dans le détail l'organisation des divers recours institués.

Enfin l'importance de la question financière prime tous les autres aspects du sujet. Poser le problème de l'équilibre financier de l'assurance-invalidité, c'est poser en même temps celui, encore assez mal déterminé, de l'équilibre financier de tout le système de l'assurance sociale ; pour cette raison la discussion n'en sera abordée qu'en dernier lieu et les conclusions qui paraîtront s'en dégager ne devront être admises qu'avec la plus grande réserve.

PREMIÈRE PARTIE

Obligations et Droits des Assurés

TITRE I^{er}

Conditions requises pour l'obtention des prestations

La première obligation imposée par la loi, c'est la soumission à ses dispositions. Or d'après la loi certaines catégories de travailleurs sont assujettis obligatoirement à l'assurance sociale : c'est, en principe, tous les salariés dont la rémunération totale annuelle, à l'exclusion des allocations familiales, est comprise entre 1.500 et 15.000 fr. ou, pour les villes de plus de 200.000 habitants et certaines villes industrielles déterminées par arrêté, entre 1.500 et 18.000 fr. Le chiffre-limite maximum est augmenté de 2.000 fr. pour un enfant à charge et de 4.000 fr. pour deux ; il est porté à 25.000 fr. pour trois enfants à charge ou davantage (art. 1^{er} du décret-loi).

Ces chiffres ont été modifiés par la loi du 26 août 1936 (*J. O.* du 30 août 1936) qui a ramené le salaire-limite inférieur de 1.500 à 1.000 fr. et porté le salaire limite supérieur à 21.000 fr. dans tous les cas, avec augmentation uniforme de 4.000 fr. pour un ou plusieurs enfants à charge. L'application de cette loi était limitée à l'année 1937, mais une loi du 31 décembre 1937 est venue décider que les travailleurs immatriculés à cette date resteraient assujettis quelle que soit leur rémunération jusqu'à la promulgation d'une loi

nouvelle modifiant les chiffres-limites fixés par l'article 1^{er} du décret-loi.

En dehors des salariés proprement dits sont assujettis également, depuis la réforme du 28 octobre 1935, et sous certaines conditions, les travailleurs à domicile, les voyageurs et représentants de commerce, les employés d'hôtels, cafés et restaurants, les conducteurs de voitures publiques, les porteurs de bagages occupés dans les gares et les employés des établissements de spectacles, lorsque leur salaire est compris dans les limites ci-dessus.

Du fait qu'ils sont assujettis à l'assurance sociale, les travailleurs dont il s'agit sont assujettis à l'assurance-invalidité. Mais ils ne sont pas assurés *ipso facto*, chaque caisse garantissant seulement ceux qui, par un acte spécial, lui ont été affiliés.

CHAPITRE PREMIER

Affiliation.

L'affiliation est soumise à certaines règles relatives tant à la compétence des caisses admises à pratiquer l'assurance-invalidité qu'aux conditions suivant lesquelles elle doit s'effectuer.

I. — *Les Caisses primaires-invalidité.*

Les seules autorisées sont les suivantes :

1° La Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse (Section spéciale des Assurances sociales) ;

2° Les Caisses mutualistes de retraites ouvrières constituées en application de la loi du 5 avril 1910, qui peuvent, soit se transformer en caisse primaire d'assurances-vieillesse-décès-invalidité, soit fusionner avec une caisse existante devenue caisse primaire d'assurances-vieillesse-décès-invalidité ;

3° Les Sociétés ou Unions de Sociétés de Secours Mutuels régies par la loi du 1^{er} avril 1898 ayant constitué antérieurement au 1^{er} janvier 1935 une caisse autonome mutualiste.

Elles doivent, comme les précédentes, constituer à cet effet une section spéciale fonctionnant comme caisse primaire et jouissant de la personnalité juridique (art. 28 § 3 du décret-loi) ;

4° Les caisses d'assurance-vieillesse réunissant pour l'assurance-invalidité, à la date du 1^{er} janvier 1936, au moins 50.000 adhérents immatriculés (art. 28 § 12 du décret-loi).

L'art. 106 § 5 du Règlement spécifie que les caisses auxquelles il a été transmis au cours de l'année 1935, par les Services des Assurances sociales, au moins 50.000 cartes annuelles de cotisations d'assurance-vieillesse sont dispensées de toute demande d'autorisation.

Enfin il a été admis que plusieurs caisses ne réunissant pas l'effectif exigé auraient la faculté d'affilier pour le risque invalidité leurs membres à l'une d'entre elles qui grouperait ainsi 50.000 membres au moins et pourrait obtenir l'autorisation prévue par l'art. 28 § 12 (Note du Ministre du Travail du 17 août 1936).

D'une façon relative les caisses de capitalisation ayant une circonscription nationale ont pu être autorisées par le Ministre du Travail, à titre exceptionnel, à continuer à fonctionner pour les assurances-vieillesse-décès-invalidité dans les circonscriptions où elles n'ont pas été choisies par une caisse d'assurance-maladie.

Les caisses primaires qui ont pris la suite d'une ancienne caisse mutualiste de retraites ouvrières ont pu être autorisées pareillement à continuer à assurer ceux de leurs membres affiliés à la caisse départementale à la date du 30 novembre 1935 dans les départements où, à cette date, ces caisses comprenaient parmi leurs adhérents 25 % au moins d'assurés inscrits à la caisse départementale (art. 28 § 11 du décret-loi).

II. — *Modalités de l'affiliation.*

Avant la réforme du 28 octobre 1935 les assurés avaient la faculté de s'affilier individuellement à une caisse d'assurance-invalidité de leur choix. Tous ceux qui ne le faisaient pas et qui ne bénéficiaient pas d'une présomption d'affiliation à une caisse mutualiste étaient affiliés d'office à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse.

Actuellement il n'en est plus ainsi. Aux termes de l'article 28 § 5 du décret-loi, en effet, c'est le conseil d'administration de chaque caisse maladie-maternité qui choisit la caisse à laquelle doivent être affiliés ses membres pour les assurances-vieillesse-décès-invalidité. Ce choix est valable pour cinq ans, sauf disparition de la caisse, et se renouvelle par tacite reconduction.

Les caisses mutualistes de retraites ouvrières et les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels qui ne sont pas admises à fonctionner comme caisses d'invalidité choisissent, notamment, la caisse à laquelle leurs adhérents doivent être inscrits pour le risque invalidité, en transférant à cette caisse la part correspondant à ce risque dans les cotisations dont elles sont créditées par le service régional.

D'autre part, suivant l'article 29 du Règlement d'Administration Publique du 19 mars 1936, les assurés inscrits pour le risque vieillesse à une caisse n'ayant pas pour objet de pratiquer l'assurance invalidité sont affiliés à la caisse d'assurance-invalidité choisie par leur caisse d'assurance-vieillesse. Certaines caisses peuvent avoir ainsi deux catégories d'assurés au titre de l'invalidité : ceux qu'elles garantissent pour les trois risques vieillesse-invalidité-décès, et ceux qu'elle garantissent pour le risque invalidité seulement.

En ce qui concerne les Caisses départementales leurs adhérents sont affiliés pour les assurances-vieillesse-invalidité-décès, dans les départements où se trouvait le siège d'une caisse départementale ou régionale de retraites ouvrières, à la caisse primaire qui a pris la suite de cette ancienne caisse, et, dans les autres départements, à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, qui ouvre dans

ses écritures des sections spéciales pour les trois catégories d'assurance.

La Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse est donc la caisse primaire d'invalidité à laquelle sont obligatoirement inscrits les adhérents des caisses départementales, mais pour le reste, alors qu'elle était auparavant, sauf pour les 9 départements où siégeait précédemment une caisse départementale de retraites ouvrières (Côte-d'Or, Gironde, Ille-et-Vilaine, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Seine, Vosges, Bouches-du-Rhône), la caisse de droit commun à laquelle étaient affiliés d'office les assurés n'ayant pas fait choix expressément d'une autre caisse de capitalisation, elle n'intervient plus désormais que dans le cas où elle a été choisie, soit par une caisse d'assurance-vieillesse n'ayant pas pour objet de pratiquer l'assurance-invalidité, soit par une caisse primaire de répartition. De ce fait l'effectif de ses assurés (environ les deux tiers de l'ensemble) a dû s'affaiblir légèrement, les caisses à tendances mutualistes étant inclinées à choisir pour l'invalidité des caisses de mêmes tendances.

L'affiliation se manifeste par l'immatriculation, qui est le fait, pour un assujetti, de figurer sous un numéro d'ordre au nombre des assurés d'une caisse déterminée. Elle a pour conséquence le versement des cotisations. Comme chaque cas d'invalidité impose aux caisses des dépenses assez lourdes il est normal que l'ouverture du droit aux prestations soit subordonnée à certaines conditions relativement à la durée de l'immatriculation et à l'importance des cotisations versées, comme aussi au non cumul de ces prestations avec celles de l'assurance-maladie.

CHAPITRE II

Immatriculation et cotisations.

Suivant l'article 10 § 4 du décret-loi pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel sont survenus la maladie ou l'accident et avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 fr. pour chacune de ces années.

I. — *Minimum de durée d'immatriculation.*

La période de deux ans prise en considération est celle qui précède le début de la maladie ou la survenance de l'accident. Elle doit être décomptée à partir de la première constatation médicale, mais cette première constatation médicale se place à une date quelconque de l'année. La question s'était posée, en l'absence de toute précision dans la loi du 5 avril 1928, de savoir quel devait être exactement le point de départ du délai.

Quatre hypothèses pouvaient en effet être envisagées :

1° remonter deux ans en arrière, jour pour jour, à compter de la date de la première constatation médicale ;

2° compter 24 mois antérieurs à celui où se produit la constatation ;

3° compter 8 trimestres civils antérieurs à celui où se produit cette constatation ;

4° compter 2 années d'âge, c'est-à-dire exiger les cotisations complètes des deux cartes annuelles précédant la carte annuelle en cours.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 a écarté pour l'avenir toute difficulté sur ce point en précisant que l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins (c'est-à-dire pendant 8 trimestres civils) au début du trimestre civil au cours duquel sont survenus la maladie ou l'accident.

II. — *Minimum de versements.*

Le délai d'immatriculation ne saurait être considéré comme suffisant en soi. Un assuré social pourrait, en effet, avoir été immatriculé pendant une période continue de deux ans et n'avoir fait néanmoins que des versements insignifiants : il aurait ainsi droit aux prestations sans contrepartie appréciable de sa part.

Aussi l'article 10 § 4 du décret-loi exige-t-il que l'assuré, au cours du délai de deux ans précité, ait subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 fr. pour chacune de ces deux années. Autrement dit, l'employeur versant une contribution égale à celle de l'assuré, l'institution de l'assurance sociale doit avoir reçu à ce moment-là au moins 240 fr. de cotisations globales.

Doivent être comprises dans le montant de ces versements ainsi calculé les cotisations forfaitaires versées par les caisses maladie en cas de maladie durant plus d'un mois (art. 7 § 5) et en cas de maternité (art. 9 § 9), ainsi que celles versées en vertu de l'article 15 § 1^{er} pour le compte des assurés de nationalité française en chômage et en vertu de l'article 20 § 5 en cas d'incapacité de plus d'un mois résultant d'un accident ou d'une maladie professionnels.

En principe tout arrêt prolongé des versements fait perdre à l'assuré le bénéfice des versements antérieurs. Si par exemple un assuré verse pendant un an les cotisations réglementaires, les suspend pendant un an, puis les reprend

l'année suivante, les premiers versements ne lui sont plus d'aucune utilité pour l'ouverture du droit aux prestations (non pour le montant de celles-ci). La question s'est posée néanmoins de savoir si dans un cas déterminé il n'était pas possible d'additionner ensemble des versements séparés par une période de suspension ; elle s'est posée au sujet des assurés sociaux appelés sous les drapeaux.

Aux termes de l'article 55 de la loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 30 avril 1930 « Les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux. Toutefois, l'assuré qui, à son départ, remplissait les conditions prévues à l'article 10 pourra recevoir éventuellement la pension d'invalidité si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donne pas lieu à l'attribution d'une pension militaire... ». Par application de cet article, maintenu, à quelques détails d'expression près, par l'article 22 du décret-loi du 28 octobre 1935, est-ce qu'un assuré social qui, ayant régulièrement cotisé depuis la fin de son service militaire, mais ne totalisant pas le montant de versements requis, peut prétendre ajouter à ses versements postérieurs à la période du service militaire les versements antérieurs ?

Le Ministre du Travail avait admis, dans sa circulaire N° 38 du 21 août 1933, que les assurés rentrant dans leurs foyers après avoir été appelés sous les drapeaux pouvaient, pour toute affection ou tout accident survenus postérieurement, obtenir les prestations de l'assurance-invalidité, dès l'instant qu'au cours de la période de deux ans antérieure au début de la maladie le nombre de jours ouvrables passés sous les drapeaux et le nombre de jours ayant donné

lieu à versement de cotisations (cotisations proprement dites, cotisations en cas de chômage, demi-cotisations vieillesse en cas de maladie) avaient atteint ensemble le minimum de journées de cotisations exigé. Mais il n'avait admis cette interprétation que pour le cas où l'intéressé remplissait à la date de son appel sous les drapeaux les conditions d'immatriculation et de versements qui lui auraient ouvert le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

M. le D^r Chauveau, Rapporteur de la Commission d'Assistance et de Prévoyance Sociales du Sénat, exprimait à ce sujet, dans son traité intitulé : « Loi sur les Assurances Sociales — Commentaire juridique, financier et administratif » (édition 1928, p. 903) un avis identique : « ... Il résulte de la loi que pendant la présence sous les drapeaux les versements de l'assuré sont suspendus ainsi que ses droits personnels et ceux des siens aux prestations maladie. Mais si, avant son départ, il remplissait les conditions nécessaires pour recevoir une pension d'invalidité, qu'il soit réformé pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service, que, de plus, la réforme ne donne pas lieu à l'attribution d'une pension militaire, à son retour dans la vie civile, il recevra sa pension d'invalidité. En outre sa femme conservera le bénéfice des prestations prévues en cas de maternité et ses ayants-droit celui de l'assurance-décès ».

Ni M. le D^r Chauveau, ni le Ministre du Travail dans sa circulaire précitée n'envisageaient le cas où l'assuré ne remplirait pas, lors de son appel sous les drapeaux, les conditions requises. Mais dans des réponses à des questions écrites le Ministre du Travail a eu ensuite l'occasion de préciser sa position sur ce point. Il a déclaré notamment que « seuls peuvent prétendre à leur retour dans leurs

« foyers, aux prestations de l'assurance-invalidité, les assu-
« rés qui auraient pu y avoir droit à la date de leur incor-
« poration et qui possèdent à leur compte les versements
« correspondants au moins à 480 cotisations journalières
« durant les deux ans précédant le début de l'affection, les
« journées passées sous les drapeaux durant la dite période
« entrant en compte dans ce minimum » (Réponse à la ques-
tion écrite N° 5.657, *J. O.* 21 octobre 1933). Il a pareillement
répondu, à l'occasion de trois questions écrites ultérieures
(N°s 8.953, 10.357 et 10.286, *J. O.* 19 juillet 1934, 9 janvier
1935 et 27 février 1935) que l'interprétation libérale donnée
par la circulaire du 21 août 1933 ne pouvait « être appli-
« quée que si l'intéressé remplissait, à la date de son appel
« sous les drapeaux, les conditions de versements qui lui
« auraient ouvert normalement le droit aux prestations de
« l'assurance-invalidité ». Pourtant, dans la rédaction de
la dernière de ces questions, M. Bravet, député, insistait
sur ce fait que « les termes mêmes dont s'est servi le légis-
« lateur : « les versements et les avantages qu'ils garantis-
« sent sont suspendus pendant la période militaire » sem-
« blent indiquer que cette période doit être considérée
« comme neutre et que le bénéfice des avantages garantis
« par la loi reprenant automatiquement à la libération du
« jeune soldat, les périodes de versements ayant précédé
« l'appel sous les drapeaux paraissent pouvoir entrer en
« ligne de compte pour la détermination des droits à l'assu-
« rance-invalidité ».

C'est en ce sens, et par conséquent en faveur des assurés
sociaux, que la question a été finalement tranchée par la
Chambre Civile de la Cour de Cassation dans deux arrêts
du 3 décembre 1935 : Aff. Guilbaud C/ Caisse Nationale des

Retraites pour la Vieillesse (D.H. 1936-69) et Aff. Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse C/ Le Bas, ainsi que dans un troisième arrêt du 6 mai 1936 : Aff. Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse C/ Ronzard.

Les attendus de l'arrêt rendu dans l'affaire Le Bas sont particulièrement nets :

« Attendu que Le Bas, assuré social, a versé depuis le
« 1^{er} juillet 1930 jusqu'à son appel sous les drapeaux le
« 17 avril 1932, 409 cotisations journalières ; que, libéré
« le 17 mars 1933, il a aussitôt recommencé de travailler
« et de cotiser jusqu'au 21 janvier 1934, date où il est tombé
« malade.

« Attendu qu'ayant introduit une instance contre la
« Caisse des Dépôts et Consignations en paiement d'une
« pension d'invalidité le Tribunal a condamné la Caisse
« à payer cette pension.

« Attendu qu'il est reproché au jugement attaqué d'avoir,
« en statuant ainsi, violé l'article 55 de la loi du 5 avril
« 1928, 30 avril 1930, 28 juillet 1931.

« Attendu que le pourvoi soutient que les versements
« effectués par Le Bas, avant son départ pour le service mi-
« litaire, étant inférieurs au nombre de 480 cotisations jour-
« nalières exigé par la loi précitée, l'article 55 susvisé, en
« suspendant pendant la période de service militaire les
« versements et les avantages qu'ils garantissent, n'a pas
« pour effet de conférer à l'assuré un droit qu'il ne possé-
« dait pas avant son incorporation et ne lui permet pas
« d'ajouter à ses cotisations postérieures à sa libération ses
« cotisations antérieures à son incorporation.

« Mais attendu que de ce texte, lequel est d'une portée
« générale en sa première partie, il résulte que l'assuré,

« dont les versements sont suspendus, ainsi que les avantages pendant la durée du service militaire, est rétabli
« à sa libération, en ce qui concerne l'assurance-invalidité,
« dans la situation qu'il possédait avant son incorporation.

« Qu'en conséquence, il y a lieu, pour le décompte des
« versements exigés par l'article 11 de la loi susvisée, pour
« avoir droit à une pension d'invalidité, d'ajouter aux cotisations postérieures à sa libération les versements effectués par l'assuré avant son incorporation dans la mesure
« nécessaire pour compléter par ces versements antérieurs
« les 480 cotisations qui doivent être acquittées pendant les
« huit trimestres civils ayant précédé la maladie qui a déterminé l'invalidité.

« Attendu qu'en faisant, à l'espèce litigieuse, l'application de ces règles, etc... ».

La jurisprudence est donc actuellement bien fixée sur ce point.

L'article 22 du décret-loi a ajouté aux dispositions premières de l'article 55 de la loi du 5 avril 1928 modifiée le paragraphe suivant :

« A son retour dans ses foyers, il (l'assuré social) est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire le minimum légal de retenue ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie ».

Mais cette disposition n'a pas supprimé l'utilité de la jurisprudence exposée, puisque celle-ci pourra s'appliquer chaque fois que les retenues considérées comme ayant été opérées pendant le service militaire, ajoutées aux versements réellement effectués, ne formeront pas un total de 120 fr. pour les deux années antérieures au début du trimestre civil de l'événement ayant provoqué l'invalidité.

III. — *Nécessité du versement initial des prestations de l'assurance-maladie ou de la consolidation de la blessure.*

« L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois prévu
« à l'article 6 ou en cas d'accident non régi par la loi sur
« les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit à une pension d'invalidité... » (article 10 § 1^{er} du décret-loi).

Une controverse a été soulevée en pratique, sous l'ancienne législation, sur la portée de cette condition du versement initial des prestations de l'assurance-maladie pendant un délai de six mois à partir de la première constatation médicale (art. 6 § 12), et, d'une façon plus précise, sur le point de savoir si le versement des prestations de l'assurance-maladie, dans le cas où il aurait été effectué sans que les conditions légales se soient trouvées réalisées, peut servir de base au versement des prestations de l'assurance-invalidité ; en d'autres termes, si le versement des prestations maladie et le versement des prestations invalidité sont inéluctablement liés, dans le cas où les conditions particulières prévues à l'article 10 du décret se trouvent réunies, le second devant obligatoirement servir de complément au premier.

La difficulté a été tranchée, sous l'ancienne législation, dans une affaire Caisse des Dépôts et Consignations contre Gérometta.

Cette affaire se présentait dans les conditions suivantes :

Un assuré social, M. Gérometta, avait demandé à la section spéciale de la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, à laquelle il était affilié, l'allocation d'une pen-

sion d'invalidité. Il était reconnu par la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse que cet assuré social remplissait bien les conditions prévues par l'article 11 de la loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 30 avril 1930 (actuellement art. 10 § 4 du décret-loi) : il était immatriculé depuis plus de deux ans avant la première constatation médicale et avait satisfait aux conditions de versement requises (480 cotisations journalières pendant ces deux ans).

D'autre part il avait bien reçu pendant six mois les prestations de l'assurance-maladie, mais ces prestations lui avaient été versées par la Caisse-maladie sans que fussent accomplies les conditions fixées par l'article 5 § 2 de la loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 28 juillet 1931 (actuellement art. 7 § 2 du décret-loi) : suivant cet article, en effet, l'assuré devait avoir cotisé soixante jours pendant le trimestre civil précédant la maladie ; or il n'était contesté par aucune des parties en cause que l'assuré n'avait versé que 59 cotisations au cours de ce trimestre civil, au lieu de 60 ; que, par suite, cet assuré était sans droit à obtenir les prestations de l'assurance-maladie.

C'est sur ce motif que la caisse-invalidité fondait son refus de pension.

Il s'agissait de savoir, dans ces conditions, si la décision prise par la caisse-maladie liait la caisse-invalidité ; si le versement des prestations-invalidité était subordonné au caractère légal du versement des prestations-maladie ou seulement à l'existence de ce versement, légal ou non.

Suivant un principe constant de jurisprudence un droit ne peut être établi sur une situation de fait qui contrevient à une disposition légale. D'autre part, le texte « clair et précis » de l'article 11 ancien, et par suite, selon un autre principe de jurisprudence, non sujet à interprétation, par

sa référence précise au délai de six mois prévu pour le versement des prestations de l'assurance-maladie, semblait conforme à la thèse soutenue par la caisse-invalidité. Enfin il pouvait paraître excessif, en équité, de faire supporter à cette dernière caisse les conséquences de la reconnaissance bénévole par la caisse-maladie d'un droit que ne fondait aucune disposition légale.

Néanmoins, par décision du 7 septembre 1935 confirmée en appel par jugement du Tribunal Civil de Montauban du 26 mars 1936, la Commission Cantonale des Assurances sociales de Montauban-Ouest a fait droit à la demande. Un pourvoi en cassation ayant été formé a été rejeté par arrêt de la Chambre Civile du 2 juillet 1936. Malheureusement le rejet a été motivé par un vice de forme et la Cour n'a pas eu à statuer sur le fond.

Cette controverse, très intéressante au point de vue des principes, n'offre plus d'ailleurs le même intérêt pratique, puisque les difficultés qui lui avaient donné naissance ne semblent pas susceptibles de se renouveler aussi souvent dans l'avenir. Le décret-loi du 28 octobre 1935 a en effet établi entre les conditions de versement des prestations-maladie et les conditions de versement des prestations-invalidité la concordance dont l'expérience avait mis en évidence la nécessité. L'article 7 § 2 du décret-loi exige pour l'assurance-maladie une retenue sur le salaire au moins égale à 30 fr. pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou, à défaut, une retenue de 60 fr. au moins pendant les quatre trimestres précédant celui de la maladie ou de l'accident. L'article 10 § 4 exige, d'autre part, pour l'assurance-invalidité, une retenue au moins égale à 60 fr. pour chacune des

deux années d'immatriculation précédant le trimestre au cours duquel sont survenus la maladie ou l'accident.

Avec la nouvelle rédaction les conditions de l'une et l'autre assurances seront toujours réalisées en même temps : tout assuré social satisfaisant à l'article 10 satisfera par là même à l'article 7.

Il subsiste toutefois un cas dans lequel la concordance ainsi établie peut faire défaut, c'est lorsque la maladie ou l'accident sont survenus au cours du premier mois d'un trimestre. Dans ce cas, en effet, alors que les périodes de référence à considérer partent toujours, pour l'assurance-invalidité, du début du trimestre de la survenance de la maladie ou de l'accident, elles partent, pour l'assurance-maladie, du début du trimestre civil précédent. Ainsi, dans cette hypothèse, la retenue sur le salaire peut être de 60 fr. pour chacune des deux années de référence en ce qui concerne l'assurance-invalidité sans qu'il s'ensuive nécessairement qu'elle soit de 60 fr. pour la période de référence relative à l'assurance-maladie.

Affiliation, immatriculation et cotisations sont des conditions nécessaires, mais ce ne sont malgré tout que des conditions secondaires, sans relation directe de cause à effet avec l'ouverture du droit aux prestations. La raison de l'ouverture de ce droit, son fait générateur, c'est l'incapacité physique de l'assuré social considérée comme constituant un état d'invalidité suffisante.

CHAPITRE III

Etat d'invalidité.

L'invalidité ne doit pas être confondue avec l'infirmité : elle comprend, en effet, en dehors des cas d'infirmité, les cas de maladie prolongée d'une durée supérieure à six mois, et d'autre part tous les cas d'infirmité ne constituent pas *ipso facto* des cas d'invalidité, puisque l'infirme ne perçoit pendant les six premiers mois que les prestations de l'assurance-maladie.

I. — *Origine de l'invalidité.* — L'invalidité peut résulter soit d'un accident non régi par la loi sur les accidents du travail, soit d'une maladie qui se prolonge, d'une affection chronique (article 10 § 1^{er} du décret-loi), à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une maladie ou affection relevant de la législation sur les pensions militaires (article 18 § 2).

Pour que le domaine de la législation des Assurances Sociales et celui de la législation des Accidents du travail n'empiètent pas l'un sur l'autre le décret du 25 juin 1930 sur la comptabilité des caisses (article 22) avait déjà prescrit que « lorsque l'affection dont est atteint l'intéressé paraît résulter d'un accident, la caisse d'assurance-maladie dont il relève doit s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail ; elle recherche à cet effet à la mairie du lieu où s'est produit l'accident s'il y a eu déclaration dans les termes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ». C'est en effet la caisse-maladie qui est appelée à intervenir la première et, au besoin, à con-

tester le bien-fondé de son intervention. Mais la caisse-invalidité n'en conserve pas moins le droit de vérifier les conditions dans lesquelles a pris naissance l'incapacité dont, à son tour, elle est sollicitée de prendre la charge.

Toutefois les victimes d'un accident du travail déjà bénéficiaires d'une rente allouée en vertu de la loi du 9 avril 1898 ne sont pas exclues d'une façon absolue des bénéfices accordés aux assurés sociaux. Leurs droits sont définis par l'article 20 § 3 du décret-loi : « Le titulaire d'une rente
« allouée en vertu de la loi du 9 avril 1898 dont l'état d'in-
« validité subit une aggravation imputable à une cause
« autre que celle qui a ouvert le droit à la rente peut récla-
« mer le bénéfice de l'assurance-invalidité si le degré total
« d'incapacité atteint au moins 66 % et si la rente-accident
« est inférieure à la pension à laquelle l'assuré a droit en
« vertu de l'article 10. Dans ce cas, la pension d'assurance
« est liquidée pour un montant égal à la différence entre la
« pension, calculée comme il est dit à cet article, et la rente-
« accident ».

Il faut, bien entendu, que la cause de l'aggravation ne soit par un nouvel accident du travail, et c'est la caisse-invalidité qui décide, lorsqu'elle est saisie d'une demande de pension, si l'aggravation est ou non imputable à la cause qui a ouvert le droit à la rente (article 32 § 1^{er} du Règlement d'Administration Publique du 19 mars 1936).

Un régime analogue est établi par l'article 18 §§ 3 et 4 du décret-loi au profit des bénéficiaires de la législation sur les pensions militaires, lorsque leur état d'invalidité s'est aggravé à la suite de maladie ou d'accident. L'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité (66 %) et la pension d'assurance n'est liquidée que pour le montant excédant la pension militaire.

II. — *Caractères de l'Invalidité.*

Dans tous les cas la pension d'invalidité n'est accordée qu'autant que la capacité de travail de l'assuré, au moment de la demande, se trouve réduite au moins des deux tiers (article 10 § 1^{er} du décret-loi).

Le degré de capacité de travail peut être apprécié différemment suivant la définition qu'on lui prête. Il convient de distinguer, en effet, entre l'incapacité de travail appréciée du seul point de vue physique et l'incapacité de gain, dont le degré est évalué en fonction de la rémunération que l'assuré peut encore se voir accorder, soit dans sa profession habituelle (incapacité professionnelle), soit dans toute autre profession (incapacité ouvrière), et en comparaison avec la rémunération des ouvriers valides.

Il semble qu'à l'origine, dans l'esprit du législateur, l'incapacité considérée devait être l'incapacité physique déterminée par examen médical, abstraction faite de toute considération d'ordre économique ou professionnel.

M. le Dr Chauveau, dans son rapport n° 435 du 8 juillet 1925, s'exprimait ainsi à ce sujet (p. 271, commentaire de l'article 12) :

« L'invalidé qui conserve une aptitude réduite au travail peut travailler sans perdre le bénéfice de sa pension, même si, effectivement, il gagne plus de 33 % du salaire de base au moment de son entrée en invalidité. C'est qu'en effet le taux d'invalidité est déterminé, non d'après le gain réalisé par l'assuré après sa mise en réforme, mais d'après la nature de ses tares ou infirmités : le fait que le pensionné, en exerçant une autre profession, gagne plus de 33 % du salaire antérieur à son invalidité ne modifie en rien son état physique. Il convient, au surplus, de ne pas

« décourager les efforts des invalides pour retrouver une
« activité réduite et se rendre utiles ».

Mais cette conception est actuellement abandonnée en fait, l'article 10 § 2 du décret-loi précisant que le degré d'invalidité est apprécié « compte tenu de la capacité de travail restante » et le Conseil Supérieur des Assurances sociales ayant admis, dans un avis du 21 juillet 1937, « qu'il résulte
« de l'ensemble des dispositions du décret du 28 octobre
« 1935 et notamment de l'article 10 dudit décret que doit bénéficier d'une pension d'invalidité tout assuré qui, par
« suite d'une infirmité ou d'une maladie, et compte tenu de
« son âge, de sa formation, de sa profession antérieure et
« de ses possibilités de reclassement, n'est plus en mesure
« de trouver dans la même région un emploi lui procurant
« un salaire supérieur au tiers de la rémunération habituelle des personnes de même formation jouissant de leur
« pleine capacité physique ; qu'il appartient aux Commissions techniques régionales réorganisées, et, en appel, à la
« Section permanente, d'apprécier dans chaque cas si ces
« conditions sont remplies, sans s'attacher exclusivement à
« la diminution de l'intégrité physique telle qu'elle résulte
« des barèmes d'ailleurs purement indicatifs ».

TITRE II

Prestations de l'Assurance-invalidité.

L'assuré social qui justifie des conditions énoncées a droit à une pension d'invalidité et à des prestations accessoires : prestations en nature de l'assurance-maladie et, le cas échéant, majorations pour charges de famille.

En dehors de ces prestations proprement dites l'Union régionale et la Caisse-invalidité sont tenues de verser pour le compte de l'assuré une cotisation annuelle d'assurance-vieillesse.

CHAPITRE PREMIER

Nature et montant des prestations.

SECTION I. — PENSION D'INVALIDITÉ.

La pension d'invalidité remplace l'indemnité journalière de maladie qui cesse d'être versée. En raison de son caractère alimentaire elle est incessible et insaisissable à concurrence de 2.400 fr., à moins que ce ne soit au profit des établissements hospitaliers et des caisses d'assurances pour le paiement des frais d'hospitalisation de l'assuré (article 12 du décret-loi).

Toute opposition au paiement de la pension ne peut être notifiée valablement qu'à l'union régionale ou à la caisse d'assurance-invalidité chargée du paiement des arrérages (article 40 § 7 du Règlement).

Le titulaire d'une pension au moins égale à 600 fr. ne peut se prévaloir de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. Il n'en est autrement que si l'assuré relève d'une commune où le secours attribué aux assistés est supérieur à la pension qu'il reçoit ; dans ce cas, en effet, la commune doit lui accorder, s'il est en droit d'être assisté, une bonification complémentaire destinée à combler la différence (article 19 § 1^{er} du décret-loi).

Le montant de la pension est indépendant du degré de réduction de la capacité de travail, pourvu que cette réduction soit au moins des deux tiers, ainsi que du nombre d'années d'immatriculation, pourvu que ce nombre soit au moins égal à trente. Il est déterminé, en principe, suivant les règles édictées par l'article 10 §§ 5 et 6 du décret-loi, qui appelle des précisions au sujet des différentes notions qu'il fait intervenir : âge de l'assuré lors de l'immatriculation, taux de pension, salaire moyen annuel, minimum de pension, interruption des versements.

I. — Age de l'assuré lors de l'immatriculation.

La définition de l'âge de l'assuré lors de l'immatriculation a une très grande importance du fait que les règles relatives au calcul de la pension varient selon que l'assuré est immatriculé ou non avant l'âge de 30 ans (article 10 § 5).

Or aucune disposition générale ne détermine la manière de calculer cet âge, soit lors de l'immatriculation, soit lors de l'évaluation du capital de couverture de la pension.

Mais l'article 10 § 5 du décret-loi prend en considération, à ce sujet, une « année ou fraction d'année d'âge » : il ne fait aucun doute, dans ces conditions, que le seul âge dont il doive être tenu compte est l'âge réel de l'assuré, compté en années, mois et jours à la date de l'immatriculation et

comprenant ainsi, en général, une fraction plus ou moins grande d'année d'âge.

L'âge correspond donc à la différence entre la date d'immatriculation et la date de naissance de l'assuré.

II. — *Taux de la pension.*

L'article 10 § 5 stipule :

« La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la
« caisse d'assurance-invalidité. Pour l'assuré affilié avant
« l'âge de trente ans, cette pension est égale à 40 % du sa-
« laire annuel moyen servant de base au calcul des cotisa-
« tions depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance.
« Toutefois ledit salaire et le chiffre correspondant à la pen-
« sion sont respectivement arrondis au multiple de 200 fr.
« et de 100 fr. le plus voisin.

« Pour l'assuré immatriculé après trente ans, elle est ré-
« duite dans les mêmes conditions d'un trentième par année
« ou fraction d'année d'âge comprise entre trente ans et
« l'âge d'entrée ».

a) *Assurés immatriculés avant l'âge de trente ans.*

La pension est égale, en principe, à 40 % du salaire annuel moyen, mais peut se trouver réduite si l'assuré ne compte pas trente années entières d'assurance et a interrompu ses versements pendant une année ou plus : dans ce cas, en effet, la pension est diminuée d'un trentième par année d'interruption ou par fractions d'années équivalant au moins à une année entière (article 10 § 6).

Les trentièmes de réduction doivent évidemment être calculés sur le taux normal de 40 % : une année d'interruption de versements retire donc $\frac{40}{30}$ %, soit $1\frac{1}{3}$ % de la pension.

Il reste à savoir comment peuvent être calculés dans la pratique les périodes d'interruption.

Il convient de tenir compte des cotisations versées par les caisses-maladie en vertu de l'article 7 § 5 et de l'article 9 § 9 ainsi que des versements prévus par l'article 15 § 1^{er} en cas de chômage et par l'article 20 § 5 en cas d'accident du travail, et de déterminer d'abord la durée théorique de l'immatriculation en prenant la différence entre la date d'entrée en invalidité et celle de l'immatriculation : si le nombre obtenu est inférieur à 30 on relèvera le montant de tous les versements effectués par l'assuré en ne retenant que 60 fr. par année de versement. Le total obtenu sera divisé par 60 et donnera un certain nombre entier ou fractionnaire d'années. L'écart existant entre la durée théorique d'immatriculation et le nombre d'années complètes de versement mesurera les années d'interruption, dont on ne retiendra que la partie entière pour réduire le taux de 40 % d'autant de fois $\frac{4}{3}$ % qu'il y aura d'années d'interruption.

Sous le régime de la loi du 5 avril 1928 modifiée le taux de 40 % était augmenté de 1 % du salaire pour chaque année d'assurance en sus de la 30^e année, sans pouvoir s'élever, au total, à plus de 50 %. La disposition relative à cette augmentation n'a pas été reprise dans le décret-loi du 28 octobre 1935.

b) Assurés immatriculés après l'âge de 30 ans.

Pour les assurés immatriculés après l'âge de 30 ans la pension est également calculée sur le taux de 40 % du salaire annuel moyen, mais elle comporte dans tous les cas, et même si les versements n'ont pas été interrompus, une réduction de un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre trente ans et l'âge de l'immatriculation.

L'application de cette réduction ne soulève aucune difficulté : il suffit de calculer la période courue entre la date anniversaire de la trentième année d'âge de l'assuré et la date de son immatriculation, en comptant pour une année entière toute fraction d'année, si faible soit-elle.

A cette réduction s'ajoute, le cas échéant, la réduction de un trentième par année d'interruption ou par fractions réunies d'années équivalant au moins à une année entière, dans les mêmes conditions que pour les assurés affiliés avant l'âge de trente ans.

III. — *Salaire annuel moyen.*

a) *Nature du salaire annuel moyen.*

Le salaire annuel moyen en fonction duquel est calculée la pension d'invalidité est le salaire servant de base au calcul des cotisations. Sous le régime de la loi du 5 avril 1923 modifiée par la loi du 30 avril 1930 les assurés étaient répartis annuellement en cinq catégories à raison de leur salaire :

- 1^{re} catégorie : au-dessus de 8 fr. (1 à 2.399 fr.)
- 2^e » de 8 fr. à 14 fr. 99 (2.400 à 4.499 fr.)
- 3^e » de 15 fr. à 19 fr. 99 (4.500 à 5.999 fr.)
- 4^e » de 20 fr. à 31 fr. 99 (6.000 à 9.599 fr.)
- 5^e » de 32 fr. et plus (9.600 fr. et plus).

Les cotisations et les prestations étaient uniformes pour tous les assurés compris dans une même catégorie.

Dans le nouveau régime le système des catégories n'existe plus et les cotisations sont calculées sur le salaire réel suivant le système dit « du pourcentage ». Toutefois le salaire annuel moyen ne résulte pas de la moyenne des salaires annuels effectivement perçus par l'assuré, mais de la moyenne des salaires de base, tels qu'ils sont déterminés par l'arti-

cle 2 § 2 du décret-loi. D'après cet article la somme à prendre pour base du calcul lors de chaque paye est arrondie au franc inférieur si elle n'atteint pas 100 fr., et, si elle dépasse 100 fr., au multiple de 5 fr. immédiatement inférieur. Le salaire de base est donc, en principe, le salaire réel diminué des réductions dont il a pu être l'objet dans ces conditions. D'autre part si, déduction faite des allocations familiales, et compte tenu des avantages en nature dont bénéficie l'assuré, le salaire dépasse :

1.000 fr. par mois s'il est réglé mensuellement ;

500 fr. par quinzaine s'il est réglé par quinzaine ;

240 fr. par semaine s'il est réglé par semaine ;

40 fr. par jour s'il est réglé journallement ;

5 fr. par heure pour les journées dont la durée est inférieure à la durée légale ;

ce sont ces chiffres seulement qui servent de base au calcul.

Il s'ensuit que le salaire annuel pris en considération ne peut dépasser 12.000 fr. s'il est réglé mensuellement et 12.480 fr. s'il est réglé à la semaine ou à la journée.

Le salaire moyen de base s'obtient en faisant la moyenne pondérée des divers salaires annuels de base : chaque salaire de base est multiplié par le nombre d'années entier ou fractionnaire pendant lequel l'assuré a cotisé d'après ce salaire ; il suffit alors d'additionner les différents produits et de diviser la somme ainsi obtenue par le nombre total entier ou fractionnaire d'années de versement.

b) Périodes de versements à considérer.

En ce qui concerne les assurés immatriculés après l'âge de trente ans il convient de considérer tous les salaires annuels de base depuis leur entrée dans l'assurance.

Pour ceux qui ont été immatriculés avant l'âge de trente

ans la règle générale est de ne retenir que les salaires versés à partir de l'âge de 16 ans.

IV. — *Minima de pensions.*

En principe le montant de la pension est calculé en fonction du salaire de base, dans les conditions ci-dessus. Mais ce montant se trouve parfois modifié en raison de minima prévus par la loi.

L'article 10 § 5 de la loi du 5 avril 1928 modifiée était ainsi libellé :

« Pour l'assuré qui a été immatriculé après l'âge de trente ans ladite pension de 40 % du salaire annuel moyen de base est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée, sans pouvoir être inférieure à 1.000 fr. si l'assuré compte au moins six ans de versement ».

Il résultait expressément de la rédaction de ce texte qu'il s'appliquait uniquement aux salariés immatriculés après l'âge de 30 ans, qui, de ce fait, pouvaient bénéficier parfois de pensions supérieures aux pensions servies aux assurés immatriculés avant l'âge de 30 ans : ainsi, par exemple, alors que les premiers avaient droit à une pension de 1.000 fr. au moins, ceux de ces derniers qui étaient classés dans la 1^{re} catégorie n'avaient droit qu'à une pension de 720 fr., même s'ils avaient cotisé sans interruption pendant 30 ans, et en cas d'interruption cette pension pouvait tomber à moins de 600 fr.

Cette conséquence peu équitable a été supprimée par le décret-loi du 28 octobre 1935, qui a introduit la nouvelle rédaction suivante :

« Toutefois la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à 1.000 fr. si l'assuré justifie de six ans

« ou plus de versements ; 900 fr. si l'assuré compte au moins
« cinq ans de versements ; 800 fr. si l'assuré compte au
« moins quatre ans de versements ; 700 fr. si l'assuré compte
« au moins trois ans de versements ; 600 fr. si l'assuré
« compte au moins deux ans de versements » (article 10 § 5,
2^e alinéa in fine).

Bien que ce passage se trouve immédiatement après la disposition concernant la réduction par trentièmes des pensions à accorder aux assurés immatriculés après l'âge de 30 ans, et dans le même alinéa, alors que, en bonne forme, elle aurait dû faire l'objet d'un alinéa suivant, il résulte des termes précis « la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure... » que les minima prévus s'appliquent indifféremment à tous les assurés ayant au moins six ans de versements, qu'ils soient immatriculés avant ou après l'âge de trente ans.

SECTION II. — PRESTATIONS EN NATURE

DE L'ASSURANCE-MALADIE.

Pratiquement l'assuré ne fait sa demande de pension d'invalidité que sur la fin du délai de six mois prévu par l'article 6 § 12 pour le versement des prestations-maladie. La caisse-invalidité, dans la nécessité d'obtenir tous les renseignements utiles avant de prendre une décision, ne peut, en fait, accorder la pension dès l'expiration de ce délai de six mois. Aussi les prestations en argent de l'assurance-maladie continuent-elles à être versées provisoirement, sous réserve d'un règlement ultérieur entre la caisse-maladie et l'union régionale. Mais dès que la pension est accordée ces prestations en argent n'ont plus de raison d'être. Il n'en est pas de même des prestations en nature de l'assurance-maladie,

qui continuent à être versées pendant une durée maximum de cinq ans (article 10 § 8).

Ces prestations en nature, qui sont servies pour le compte de l'union régionale par la caisse-maladie, concernent tous les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure, les frais de transports et les frais d'interventions chirurgicales pour l'assuré lui-même, son conjoint et ses enfants à charge (article 6 § 1^{er}).

L'article 10 ne met qu'une seule condition à l'obtention des prestations dont il s'agit : l'assuré doit participer aux frais médicaux et pharmaceutiques conformément à l'article 6, c'est-à-dire, en principe, dans la proportion de 20 %.

Cette proportion est portée à 40 % pour la part des frais pharmaceutiques excédant 25 fr. par ordonnance. Toutefois elle est maintenue à 20 % en ce qui concerne les produits thérapeutiques injectables autorisés par la loi du 14 juin 1934 ainsi que pour tous les autres médicaments dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur proposition du médecin traitant et avec accord du médecin contrôleur de la caisse (article 6 § 9, 2^e alinéa).

Le Ministre du Travail peut, en outre, sur avis conforme du Conseil Supérieur des Assurances sociales, fixer un maximum de remboursement par feuille de maladie et prescrire l'établissement, par une commission dont il fixe la composition, d'une liste de médicaments spécialisés avec application de tarifs de remboursement particuliers (article 6 § 9, 3^e alinéa).

Les produits de régime alimentaire n'ouvrent en aucun cas droit au remboursement (*ibid.*).

SECTION III. — MAJORATIONS POUR CHARGES DE FAMILLE.

Sont considérés comme charges de famille les enfants de moins de seize ans, non salariés, à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur.

Les allocations versées en cas d'invalidité représentent pour chaque enfant à charge une majoration de pension de 100 fr. par an.

Lorsque, dans une famille, le mari et la femme ont droit en même temps aux prestations il n'est attribué qu'une seule majoration, qui est à la charge de la caisse à laquelle est affilié le mari (article 14 §§ 1^{er}, 2 et 3).

Quand un assuré, titulaire d'une pension d'invalidité, bénéficie d'une majoration pour charges de famille, il a droit, s'il travaille et remplit les conditions fixées pour le versement des prestations de l'assurance-maladie, à la majoration (1 fr. par jour) de l'indemnité journalière de maladie (article 75 du Règlement).

L'assuré qui se trouve dans ce cas (1) obtient donc le versement cumulé de la majoration de pension et de la majoration d'indemnité journalière.

Il n'en était pas de même avant la réforme de 1935, le Règlement du 25 juillet 1930 ayant spécifié que lorsqu'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficiait d'une indemnité journalière il avait droit seulement à la majoration de cette indemnité.

La liquidation des majorations suppose connues par la caisse-invalidité la situation de famille exacte de l'assuré ainsi que l'existence ou l'absence d'autres majorations susceptibles d'être servies au conjoint de l'assuré ou à l'assuré

(1) V. ci-dessous, p. 63.

lui-même. Aussi la caisse-invalidité doit elle se renseigner auprès du service départemental et de la caisse d'assurance-maladie.

Sous le régime de la législation antérieure les allocations étaient réglées par les caisses, mais supportées par le fonds de majoration et de solidarité (article 20 de la loi). En conséquence elles ne pouvaient s'appliquer qu'aux assurés habilités par la loi à bénéficier des allocations imputables sur le fonds de majoration. Étaient donc exclus les salariés étrangers ayant leur résidence en France ou à l'étranger, même travaillant en France d'une façon régulière ou permanente depuis au moins trois mois, à moins qu'une convention de réciprocité ne fût intervenue à cet effet avec leur pays d'origine, comme c'était le cas pour les Polonais, les Italiens, les Belges, les Autrichiens et les Espagnols (Loi, article 1^{er} §§ 4 et 5). L'exclusion ne s'appliquait d'ailleurs pas, conformément à la solution déjà admise pour l'application de la loi du 5 avril 1910 par le Ministre du Travail d'accord avec le Garde des Sceaux (Lettre du 13 juin 1925 du Ministre du Travail à M. le Sénateur Chauveau insérée dans le rapport de ce dernier n° 435 du 8 juillet 1925, p. 252 et 253).

La question ne se pose plus à l'heure actuelle, les allocations étant, aux termes de l'article 74 du Règlement, réglées par les caisses, sur leurs ressources propres, dans les mêmes conditions et aux mêmes époques que la pension.

SECTION IV. — COTISATION ANNUELLE D'ASSURANCE-VIEILLESSE.

C'est l'article 10 § 14 du décret-loi qui a prévu le versement d'une cotisation annuelle d'assurance-vieillesse pour le compte des invalides, d'après le salaire ayant servi de base au calcul de la pension d'invalidité.

Le barème des cotisations correspondant aux divers salaires a été établi par l'arrêté du 20 juin 1936. Il est le suivant :

Salaire moyen servant au calcul de la pension d'invalidité	Cotisation vieillesse (annuelle) versée pour le compte des Invalides
1.500 à 1.999	80 francs
2.000 à 2.499	100 —
2.500 à 2.999	120 —
3.000 à 3.499	140 —
3.500 à 3.999	160 —
4.000 à 4.499	180 —
4.500 à 4.999	200 —
5.000 à 5.499	220 —
5.500 à 5.999	240 —
6.000 à 6.499	260 —
6.500 à 6.999	280 —
7.000 à 7.499	300 —
7.500 à 7.999	320 —
8.000 à 8.499	340 —
8.500 à 8.999	360 —
9.000 à 9.499	380 —
9.500 à 9.999	400 —
10.000 à 10.499	420 —
10.500 à 10.999	440 —
11.000 à 11.499	460 —
11.500 à 12.000	480 —

La cotisation, qui ne peut être fractionnée, est due pour toutes les années au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un payement au moins d'arrérages de sa pension.

CHAPITRE II

Attribution et règlement des prestations.

Les prestations ne sont en aucun cas accordées d'office ; l'intéressé doit toujours en faire la demande.

SECTION I. — DEMANDE DE PENSION.

Conformément aux dispositions de l'article 30 § 1^{er} du Règlement, l'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité adresse sa demande à la caisse d'assurance-maladie. Celle-ci est déjà au courant de la situation de l'assuré, puisqu'elle lui verse les prestations-maladie ; elle est donc à même, par l'intermédiaire de son médecin-contrôleur ou autrement, de se renseigner sur la gravité de son état, et il est normal que la demande passe par son intermédiaire.

L'article 30 du Règlement stipule dans son § 2 que le modèle de la demande et les pièces à y annexer sont déterminés par le Ministre du Travail.

I. — *Forme de la demande.*

En l'absence de toute décision du Ministre du Travail à cet égard depuis la date du Règlement les caisses d'assurance-invalidité continuent à se servir du modèle de demande qu'elles utilisaient antérieurement et dans les mêmes conditions (modèle annexé à l'arrêté du 1^{er} décembre 1932).

La demande mentionne la date d'immatriculation et l'adresse de l'assuré, ainsi que les indications relatives à son état civil. Elle comporte une formule de déclaration relative au salaire ou au gain de l'assuré, et en outre des for-

mules de déclarations spéciales pour le cas d'invalidité résultant d'un accident non régi par la législation des accidents du travail, pour le cas d'assurés bénéficiaires d'une rente d'accident du travail, pour le cas d'assurés pensionnés de guerre, pour le cas d'assurés qui, au cours des deux années précédant la maladie ou l'accident, ont été placés sous le régime des pensions civiles et militaires, ou sous un des régimes spéciaux de retraites prévues à l'article 49 de la loi (actuellement article 23 du décret-loi ; — il s'agit notamment des salariés de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics d'assistance et des chemins de fer), enfin pour le cas d'assurés dont l'invalidité a été contractée pendant le service militaire en dehors du service.

Cette demande doit être datée et signée par le requérant.

La formule en blanc remise à ce dernier énumère en note les pièces qui doivent être annexées.

II. — *Pièces annexées.*

Ces pièces sont les suivantes :

- 1° carte d'immatriculation de l'assuré ;
- 2° certificat du médecin traitant attestant que l'affection ou l'infirmité réduit au moins des deux tiers la capacité de travail.

Ce certificat est établi sur une formule délivrée par la caisse et conforme au modèle déterminé par l'arrêté du 1^{er} décembre 1932 ;

- 3° un extrait de l'acte de naissance de l'assuré ;
- 4° en cas de charges de famille, un extrait de l'acte de naissance de chacun des enfants à charge ;
- 5° le cas échéant, le titre en vertu duquel l'assuré bénéficie d'une rente en application de la législation sur les

accidents du travail ou sur les maladies professionnelles (expédition du procès-verbal de conciliation ou de la décision judiciaire ayant force de chose jugée).

6° s'il s'agit d'un pensionné militaire pour maladie ou blessure de guerre, le titre de pension militaire dont il est titulaire ou un certificat en tenant lieu ;

7° si l'assuré a été réformé pendant son séjour sous les drapeaux pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service, son livret militaire et un certificat de réforme.

La caisse-maladie, qui reçoit la demande accompagnée des pièces annexées, doit la faire parvenir, avec une formule spéciale remplie par elle et comportant à la fois un rapport et un avis, à la caisse-invalidité.

III. — *Avis de la caisse-maladie.*

La formule actuellement en service, comme pour le modèle de demande, est encore celle établie par l'arrêté du 1^{er} décembre 1932.

Sur cette formule la caisse-maladie indique en premier lieu un certain nombre de renseignements généraux qu'elle a pu obtenir et qui sont nécessaires à la caisse-invalidité. Ces renseignements généraux portent sur les points suivants :

1° date de réception par la caisse-maladie de la demande de pension ;

2° origine de l'invalidité : maladie, accouchement ou accident (date de la première constatation médicale dans le 1^{er} cas, date de l'accouchement, date de l'accident et de la consolidation de la blessure) ;

3° l'assuré a-t-il obtenu l'attribution des prestations en nature et en argent prévues par la loi et, dans l'affirmative, pendant quelles périodes ?

4° le cas échéant, motif de refus ou de suspension des prestations ou de limitation des prestations aux soins en nature (conditions de versements non remplies, assuré bénéficiaire de la législation sur les accidents du travail, maladie d'origine professionnelle, refus de se soumettre au contrôle médical, faute intentionnelle) ;

5° possibilité pour l'assuré de se déplacer pour se soumettre au contrôle médical ;

6° l'assuré est-il hospitalisé ? Dans l'affirmative, indication de l'établissement d'hospitalisation et de la situation de famille de l'assuré, dont il est fait état pour l'application de l'article 7 § 4 du décret-loi (réduction pour cause d'hospitalisation) ;

7° nombre, montant et catégorie des demi-cotisations-vieillesse versées ou à verser pour la période de validité de la carte-vieillesse en cours jusqu'à la fin du trimestre précédant la maladie ou l'accident.

A la suite de ces renseignements la caisse-maladie indique, dans une deuxième partie, le résultat de l'enquête qu'elle a dû faire sur la cessation de travail ou sur le salaire ou revenu résultant du travail.

Enfin elle mentionne, sous une troisième rubrique, l'avis de son Conseil d'administration tel qu'il résulte d'un extrait de la délibération de ce Conseil sur le mérite de la demande.

La formule, après avoir été remplie, et signée par le représentant légal de la caisse-maladie, est jointe à la demande accompagnée des pièces précédemment annexées par l'assuré, et l'ensemble est transmis dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la demande à la caisse-invalidité qui doit elle-même statuer dans le délai d'un mois à compter de la date de la transmission.

La caisse-maladie est tenue de notifier cette transmission au service régional, pour lui permettre de tenir à jour son dossier, ainsi qu'à l'union régionale susceptible d'être appelée, le cas échéant, à servir pendant cinq ans les arrérages de la pension.

SECTION II. -- LIQUIDATION ET SERVICE DE LA PENSION.

La caisse-invalidité, lorsqu'elle est saisie de la demande de pension, procède à une double instruction, administrative et médicale. Elle peut, pour plus de commodité, consigner les résultats de l'une ou de l'autre instruction sur un feuillet synoptique comportant sous des rubriques différentes l'indication de tous les détails à vérifier. La Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, par exemple, a ainsi préparé pour son service intérieur des formules d'instruction, dont elle affecte un exemplaire à chaque demande de pension, le complétant sur les points nécessaires, et rayant les mentions inutiles eu égard aux conditions particulières de chaque affaire.

I. — *Instruction administrative.*

La caisse-invalidité examine si l'assuré remplit bien les conditions d'immatriculation et de versements fixées par l'article 10 du décret-loi et s'il a bien reçu les prestations de l'assurance-maladie pendant le délai légal de six mois.

D'autre part elle vérifie, à l'aide de l'acte de naissance annexé à la demande, l'âge de l'assuré lors de son immatriculation.

II. — *Instruction médicale.*

L'instruction est très rapide s'il résulte des pièces annexées que le pourcentage d'incapacité est bien, sans aucune contestation possible, égal au moins aux deux tiers.

La certitude sur ce point peut ressortir du certificat médical délivré par le médecin traitant corroboré par l'avis conforme de la caisse-maladie. Mais il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Le certificat du médecin traitant est exigé comme base élémentaire, supposition étant faite sinon qu'il sera rigoureusement conforme à la vérité, du moins qu'il se rapproche de cette vérité ; il ne présente cependant pas une garantie suffisante. Si l'avis de la caisse-maladie aboutit aux mêmes conclusions, c'est déjà un élément de certitude supplémentaire. Seulement cet avis peut quelquefois n'être pas suffisamment explicite ou précis ; il peut laisser place à un doute sur la nature exacte de la maladie ou de l'accident ainsi que sur son caractère de gravité. Il peut, d'autre part, ne pas concorder avec le certificat du médecin traitant.

Quand il en est ainsi la caisse-invalidité doit évidemment s'éclairer sur ces différents points. Elle communique alors le dossier à son médecin contrôleur, qui procède à un contre-examen de l'assuré et donne son avis motivé (article 31 du Règlement). Elle peut encore, si l'avis de son médecin contrôleur ne lui donne pas toutes les assurances nécessaires, prendre l'avis d'un médecin conseil ou même d'un médecin expert.

Suivant l'article 58 du décret du 29 juillet 1936 les visites médicales, expertises, frais de contrôle et de déplacement nécessités par la liquidation des pensions sont à la charge des unions régionales, qui remboursent les dépenses correspondantes aux caisses-invalidité dans les conditions fixées par leur règlement intérieur.

Le degré d'invalidité est évalué suivant les indications d'un barème établi par le Ministre du Travail après avis de la section permanente du Conseil supérieur des Assu-

rances sociales (article 10 § 2 du décret-loi). L'établissement de ce barème est actuellement à l'étude par une commission nommée par le Ministre du Travail. En attendant sa parution le barème en usage est celui déterminé par l'arrêté du 5 août 1933 modifié par l'arrêté du 17 juillet 1935. Ce barème contient la liste de toutes les affections qui sont considérées dans tous les cas comme entraînant une incapacité physique au moins égale aux deux tiers ; lorsqu'il s'agit d'affections non comprises sur cette liste il faut se reporter, pour connaître le degré d'incapacité qu'elles entraînent, au barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 (Tableau Synoptique Résumé des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la Guerre 1914-1919, Charles Lavauzelle et C^{ie}, éditeurs, mars 1935).

Au cas où l'assuré continue de travailler ou reprend le travail, la capacité de travail restante est appréciée compte tenu du montant du salaire ou du gain perçu par l'assuré (article 32 § 2 du Règlement).

Le Ministre du Travail, dans sa circulaire n° 82 du 27 novembre 1937, a précisé, conformément à l'avis donné par le Conseil supérieur des Assurances sociales le 21 juillet 1937, que pour l'évaluation du pourcentage d'invalidité il doit être tenu compte à la fois des indications résultant du barème — indications « qui ne sauraient prévaloir contre « les données de fait, lorsque l'assuré continue de travailler ou a repris un travail et bénéficie effectivement d'un « salaire ou d'un gain, et cela même si la profession nouvelle n'a aucun rapport avec la profession antérieure » — et de celles qui se dégagent de la comparaison entre le salaire susceptible d'être gagné par l'assuré et le salaire habituel des personnes de même formation, jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même ré-

gion. En conséquence, il a prescrit aux caisses de procéder à une enquête en vue de rechercher si l'assuré a continué ou repris le travail, et de déterminer le salaire ou le gain dont il jouit en réalité. Si l'assuré ne travaille pas il leur est nécessaire de se renseigner sur sa formation, sur sa profession antérieure, sur les possibilités de reclassement qui s'offrent à lui dans la même région, à l'effet de déterminer, compte tenu de son âge, le salaire qu'il peut gagner éventuellement dans la région. La comparaison de ce salaire éventuel avec le salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région leur permet d'apprécier si l'assuré peut gagner plus que le tiers de la rémunération normale.

Sur la base des deux instructions administrative et médicale la caisse décide si elle doit ou non accorder la pension demandée et, dans l'affirmative, procède au calcul de cette pension dans les conditions fixées (1).

III. — *Notification de la décision.*

Sous le régime de la loi du 5 avril 1928 modifiée la caisse devait notifier à l'assuré, d'une part le pourcentage d'incapacité reconnu, et, d'autre part, le montant de la pension accordée, suivant les modèles annexés au décret du 29 novembre 1932. En cas de rejet de la demande les caisses notifiaient purement et simplement ce rejet à l'assuré, sans même lui en indiquer les motifs. Il en résultait que l'assuré, mal renseigné, et privé de la possibilité de demander des explications à la caisse, n'avait d'autre ressource que de saisir, dans les dix jours, la commission d'arrondissement.

(1) V. ci-dessus, p. 37 et suiv.

Pour obvier à cet inconvénient le Ministre du Travail, dans sa circulaire n° 36 du 30 avril 1937, a recommandé aux caisses de laisser à l'assuré un délai égal au délai légal de recours pour les saisir préalablement par lettre recommandée soit d'une demande d'explications complémentaires, soit d'un état de renseignements justificatifs. Il a établi, d'autre part, de nouvelles formules de lettres-types pour la notification des diverses décisions : formule n° 31 *quater* relative au pourcentage d'invalidité (elle indique, le cas échéant, si l'évaluation du pourcentage tient compte de l'incapacité de travail qui a pu donner droit à une rente d'accident du travail ou à une pension de réforme militaire et si l'aggravation de l'état d'invalidité est considérée comme imputable à la cause ayant ouvert droit à cette rente ou à cette pension) — formule n° 31 *quinquiès* relative à l'attribution d'une pension et au montant de cette pension — formule n° 31 *sexiès* relative à la suspension ou à la suppression d'une pension en raison de l'amélioration de l'état d'incapacité de travail — formule n° 31 *septiès* relative à la suspension d'une pension pour cumul de pension et de salaire ou de gain. Cette dernière formule comporte, de même que la formule n° 31 *quinquiès*, une mention avisant l'intéressé de la faculté qui lui est ouverte, soit de former, au plus tard le dixième jour suivant la date de réception, une demande d'explications ou de nouvel examen, soit de se pourvoir dans le même délai devant la Commission d'arrondissement. — Les deux autres formules comportent une indication analogue signalant à l'intéressé qu'il dispose d'un délai de quinze jours pour saisir de sa réclamation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le Secrétariat de la Commission technique régionale d'invalidité.

Les diverses notifications sont faites par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le montant de la pension est notifié à l'assuré, à l'union régionale et au service régional (article 36 du Règlement).

IV. — *Délivrance du titre de pension et versement des prestations en nature.*

La caisse invalidité tient un registre sur lequel elle inscrit toutes les pensions liquidées, avec une mention spéciale pour celles qui, après cinq années d'arrérages, doivent lui incomber.

L'Union régionale tient, de son côté, un registre des pensions dont elle reçoit notification et dont le paiement est à sa charge. Elle prend les mesures nécessaires pour que les prestations en nature de l'assurance-maladie soient versées à l'assuré, soit par elle-même, soit, pour son compte, par la caisse maladie. D'autre part elle délivre à l'assuré un extrait d'inscription provisoire valable pour cinq ans. A l'expiration de ce délai de cinq ans la caisse-invalidité, qui doit être informée par l'union régionale des décès dont celle-ci a eu connaissance, délivre un nouvel extrait d'inscription aux assurés dont la pension est maintenue et tombe à sa charge (article 40 §§ 1 et 2 du Règlement).

L'extrait d'inscription est établi sous forme de livret muni de coupons dont la première page mentionne, avec les indications relatives à l'état civil du titulaire ou de son représentant légal, le montant annuel et trimestriel de la rente. Il est remis à l'intéressé par le maire de sa résidence ou par la caisse, après vérification de son identité et production de sa photographie, qui est collée immédiatement dans le cadre réservé à cet effet, et authentifiée par l'aposition d'un timbre (article 50 du décret du 29 juillet 1936).

Toute demande de renouvellement d'extrait d'inscription doit être accompagnée d'un certificat de vie (article 42 § 2 du Règlement).

C'est au moyen de l'extrait d'inscription, qui forme titre, que l'assuré perçoit les arrérages de la pension.

V. — *Paiement des arrérages.*

Les arrérages de la pension, y compris les majorations éventuelles pour charges de famille, sont dus à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande de pension est parvenue à la caisse-maladie.

Comme pratiquement la demande de pension d'invalidité n'est faite qu'à la fin du délai de versement des prestations-maladie il s'écoule toujours un certain temps, qui peut atteindre plusieurs mois, entre le moment où l'assuré cesse de percevoir les prestations-maladie et le moment où lui sont versés les premiers arrérages de sa pension. Pour pallier les inconvénients qui pourraient en résulter il a été stipulé (article 40 § 8 du Règlement) que des avances seraient consenties aux assurés en instance de liquidation de pension, dans les conditions fixées par le règlement intérieur des caisses.

Les arrérages sont payés trimestriellement, et à terme échu, les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre, soit directement par l'union régionale ou la caisse-invalidité, soit, pour leur compte, par l'intermédiaire de la caisse-maladie (article 40, §§ 3, 4 et 5 du Règlement).

Le paiement est effectué, en principe, sur présentation de l'extrait d'inscription et sur remise du coupon, revêtu en présence du payeur de l'acquit de la partie prenante. Il peut toutefois être effectué par mandat, sur production d'un certificat de vie et du coupon portant la signature du

pensionné ou de son représentant légal, les frais de mandat restant à la charge de celui-ci.

L'encaissement des arrérages peut être fait par délégation, dans le cas où le pensionné ou son représentant légal ne peuvent ou ne veulent se déplacer, ne savent ou ne peuvent signer. Le délégué, porteur du livret de pension, remet au payeur, avec le coupon revêtu de sa signature, un certificat délivré par le maire de la commune où réside le mandant constatant que ce dernier est vivant et donne procuration au délégué d'encaisser les arrérages. Ce certificat est exempt de timbre et délivré sans frais. Lorsque l'impossibilité de signer ou de se déplacer est permanente il est valable pour une année, à la condition d'être visé et timbré par la mairie avant chaque encaissement.

Il peut être remplacé, si les intéressés le préfèrent, par un certificat délivré dans les mêmes conditions par un notaire (article 51 du décret du 29 juillet 1936).

Lorsque la portion saisissable des arrérages est frappée d'opposition les unions régionales ou les caisses doivent surseoir au paiement jusqu'à ce qu'ait été donnée mainlevée amiable ou judiciaire de l'opposition.

En cas de décès de l'assuré les arrérages courus à la date du décès sont payés à ses ayants droit sur production de l'acte de décès et d'une pièce établissant leur qualité (article 40 § 6 du Règlement).

Il est admis d'une façon générale que la justification des qualités héréditaires peut résulter d'un extrait d'intitulé d'inventaire, d'un certificat de propriété ou d'un acte de notoriété.

L'article 40 § 6 précité a prévu que les arrérages dont il s'agit pourraient être versés au conjoint de l'assuré pour le compte des héritiers, mais il ne contient aucune disposition

relative au versement des arrérages au conjoint pour son propre compte. Il convient, en la circonstance, d'appliquer l'article 18 de la loi du 12 avril 1922 concernant notamment tout prorata d'arrérages restant dû au décès du titulaire d'une pension servie par l'Etat, les départements, les communes, les budgets locaux des colonies, la Caisse des Dépôts et Consignations ou la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, et de décider, conformément à cet article, que les arrérages courus au décès de l'assuré peuvent être versés entre les mains de l'époux survivant s'il n'existe aucune opposition signifiée par les héritiers, légataires ou créanciers.

L'époux survivant n'est pas tenu de se faire envoyer en possession, ni de justifier de l'emploi ou de fournir une caution. Il lui suffit de produire une expédition de l'acte de décès de son conjoint, un extrait de son acte de mariage et un certificat délivré par le maire de son domicile établi sur sa déclaration confirmée par l'attestation de deux témoins et constatant qu'il n'a été prononcé ni divorce, ni séparation de corps entre les deux époux.

CHAPITRE III

Événements susceptibles de modifier le montant ou d'affecter l'existence de la pension.

SECTION I. — MONTANT DE LA PENSION.

Pour le calcul initial de la pension il est tenu compte des causes de réduction précédemment énumérées, notamment en cas de rente-accident et de pension militaire. Mais après que le calcul a été ainsi opéré, et durant le service de la pension, d'autres événements peuvent survenir qui motivent des prélèvements sur le montant primitif de la pension.

I. — *Prélèvement pour cause d'hospitalisation.*

L'article 4 § 8, 3^o alinéa, du décret-loi spécifie que les règles fixées par l'article 7 § 4 sont applicables à la pension d'invalidité. En vertu de ces règles la pension est réduite, en cas d'hospitalisation à la charge de l'union régionale :

du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

de la moitié si l'assuré est marié sans enfants ni ascendants à sa charge ;

des trois quarts dans tous les autres cas.

Il est normal de ne pas faire supporter par l'union régionale toute l'augmentation résultant pour elle des frais d'hospitalisation, d'autant plus que l'assuré, en dehors des charges de famille qu'il peut avoir, voit le coût de sa vie très diminué du fait de son hospitalisation.

Seule la pension proprement dite est susceptible des réductions dont il s'agit, à l'exclusion des majorations pour charges de famille, qui continuent à être dues intégralement, et compte non tenu, le cas échéant, de la rente-accident ou de la pension militaire dont bénéficie l'intéressé.

L'hospitalisation, étant une prestation en nature, ne peut, aux termes de l'article 10 § 8 du Décret-loi, rester à la charge de l'union régionale que pendant une durée de cinq ans au plus. Par suite, à l'expiration de ce délai de cinq ans, l'assuré supporte seul les frais d'hospitalisation et, naturellement, la pension n'est plus sujette à aucune retenue de ce chef.

En dehors de ce prélèvement qui a pour contre-partie une charge correspondante de l'union régionale le montant originel de la pension est susceptible de varier du fait de la révision de la pension ou des allocations pour charges de famille qui s'y ajoutent consécutive à un changement survenu dans l'état de l'assuré.

II. — *Révision de la pension.*

La pension d'un assuré titulaire d'une rente-accident ou d'une pension militaire étant égale à la différence entre la pension théorique calculée conformément aux dispositions de l'article 10 du Décret-loi et la rente-accident ou la pension militaire, il peut arriver dans la pratique que cette rente-accident ou cette pension militaire subisse des diminutions ou au contraire des augmentations et que, en conséquence, la pension d'invalidité ne corresponde plus à la réalité des choses. Dans ce cas, cette pension doit faire l'objet d'une révision, pour être adaptée à la nouvelle condition de l'assuré.

D'autre part, d'après l'article 74 du Règlement, les allo-

cations pour charges de famille sont révisées chaque fois que les charges de famille se modifient.

Les événements précités n'affectent que le montant de la pension, soit qu'ils le réduisent, soit qu'ils l'augmentent. Mais dans certains cas c'est l'existence même de la pension qui est en cause.

SECTION II. — EXISTENCE DE LA PENSION.

I. — *Suspension et suppression.*

L'union régionale ou la caisse-invalidité ont naturellement à se préoccuper de l'évolution de l'invalidité chez l'assuré auquel elles versent une pension. Il leur est possible de faire procéder, à toute époque, à des visites médicales auxquelles l'assuré doit se soumettre sous peine de voir sa pension suspendue. En principe, le médecin de la caisse ou de l'union, ou l'expert médical suivant le cas, convoque l'assuré par lettre recommandée, et l'assuré doit se rendre à la convocation. Ses frais de déplacement, lorsqu'il doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de l'union, suivant un tarif fixé par arrêté du Ministre du Travail (article 10 § 12 du Décret-loi). Exceptionnellement, l'assuré qui ne peut pas quitter la chambre reçoit la visite à domicile. Est considéré comme refus d'examen motivant une suspension de la pension le fait pour l'invalidé de ne pas répondre à la convocation ou de s'opposer à la visite à domicile (article 10 § 10).

D'autre part, la pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. En cas de simple suspension l'assuré est en droit d'obtenir de nouveau le service de sa pension si son incapacité redevient égale aux deux tiers.

Enfin, quel que soit le pourcentage d'augmentation de la

capacité de travail, le service de la pension est suspendu en tout ou en partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit, sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide (article 10 § 7).

Il s'agit là d'une disposition critiquable. Elle prive l'assuré de tout encouragement au travail et constitue une véritable prime à la paresse. Elle peut, d'autre part, devenir la source d'injustices choquantes. Elle prend, en effet, pour base le salaire de l'assuré avant l'entrée en invalidité. Or ce salaire peut être anormalement bas en raison de circonstances particulières défavorables, par exemple en cas de chômage partiel. Sous prétexte que l'assuré ne gagnait à ce moment-là qu'un salaire dérisoire, il va être condamné pour l'avenir à voir sa pension supprimée s'il reprend le travail, alors qu'il importerait, au contraire, qu'il soit incité, par la perspective du gain pouvant résulter pour lui du cumul de sa pension et de la rémunération de son travail, à se faire une nouvelle habileté, à se créer un nouveau métier, à ne pas s'oublier dans l'oisiveté.

Au surplus, l'application rigoureuse des règles relatives à la suspension ou à la suppression de la pension risque d'aboutir à une injustice plus grande encore. Lorsqu'une caisse est tenue de servir une pension par suite d'un accident imputable à un tiers, elle est, en vertu de l'article 25 § 3, subrogée de plein droit dans l'action de la victime contre le tiers responsable pour le remboursement de ses dépenses (1). Ainsi la caisse est en droit de poursuivre le recouvrement du capital de couverture de la pension et conserve

(1) V. ci-dessous, p. 88 et suiv.

la faculté, après l'avoir obtenu, de suspendre ou de supprimer la pension, de sorte qu'elle peut ainsi encaisser le montant d'un capital ne correspondant à aucune dépense effective de sa part. Comme il semble impossible, pour des raisons pratiques, d'obliger la caisse à restituer à qui de droit le capital perçu, la seule solution convenable serait d'admettre qu'en ce cas la pension ne pourrait être ni suspendue, ni supprimée. L'argument susceptible d'être tiré du fait que le régime financier de l'assurance et, en particulier, le calcul du capital de couverture des pensions sont fondés sur des prévisions actuarielles ayant envisagé tous les cas possibles ne saurait être pris en considération devant le texte précis de l'article 25 § 3 qui ne reconnaît de droits aux caisses que « pour le remboursement des dépenses que leur « occasionne l'accident ou la blessure ».

Les prestations en nature ne suivent pas nécessairement le sort de la pension. Elles peuvent, en effet, être maintenues (dans les limites du délai de cinq ans) en cas de suspension ou de suppression de celle-ci (article 10 § 8).

D'autre part, d'après l'article 10 § 17, lorsque l'assuré reprend le travail après la suppression de sa pension, il est considéré comme ayant subi pendant les huit trimestres civils précédant celui de la suppression de la pension le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations des assurances maladie-maternité et invalidité, ce bénéfice ne lui étant acquis toutefois que pour les prestations en nature et à titre personnel.

Les causes de suspension ou de suppression de la pension proviennent soit d'une faute commise par l'assuré, soit de son état physique, soit de ses possibilités économiques. Dans deux autres cas la pension s'éteint d'elle-même en conséquence d'événements survenus dans la vie de l'assuré.

II. — *Extinction.*

L'extinction se produit d'office pour les deux causes suivantes : décès de l'assuré, et échéance de sa soixantième année.

La pension, étant strictement personnelle, cesse d'être due dès le décès de son titulaire. Il résulte de l'article 40 § 6 du Règlement, suivant lequel les arrérages de la pension courus « à la date du décès » sont versés aux héritiers du *de cujus*, que c'est au jour même du décès que se produit l'extinction.

Les majorations pour charges de famille cessent *ipso facto* d'être servies à partir de cette même date, pour être remplacées, le cas échéant, par une majoration du capital d'assurance-décès, ou par des pensions temporaires d'orphelins.

D'autre part la pension d'invalidité prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de soixante ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit en raison tant des versements effectués par ses employeurs successifs que des cotisations versées annuellement en leur lieu et place par l'union régionale et la caisse-invalidité.

Si l'assuré bénéficie encore, à l'âge de soixante ans, de la pension d'invalidité, le fonds de majoration complète, jusqu'à concurrence du chiffre de cette pension, le montant des rentes inscrites à son compte individuel d'assurance-vieillesse (article 10 §§ 14 et 15).

Si l'assuré est rattaché à des caisses différentes pour les risques d'invalidité et vieillesse, la caisse-invalidité transmet les renseignements nécessaires à la liquidation de la pension de vieillesse à la caisse d'assurance-vieillesse, qui remet un nouvel extrait d'inscription à l'intéressé (article 41 §§ 2 et 3 du Règlement).

DEUXIÈME PARTIE

Contentieux

L'assurance-invalidité est soumise aux dispositions générales de contrôle, notamment à la compétence de la commission régionale tripartite et de la commission supérieure de contrôle en ce qui concerne les difficultés nées des rapports entre les organismes d'assurance et les groupements professionnels de praticiens. Mais il ne s'agit pas là d'un contentieux à proprement parler. C'est à l'occasion des rapports avec les assurés sociaux que celui-ci entre en jeu, d'abord avec la commission technique régionale, spéciale à l'assurance-invalidité, et relevant en appel de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales, ensuite avec la commission d'arrondissement, commune aux diverses catégories d'assurances, et relevant en appel du Tribunal Civil. D'autre part, il convient de faire une place spéciale aux recours susceptibles d'être exercés, le cas échéant, contre les tiers responsables des accidents occasionnant le versement des prestations.

CHAPITRE PREMIER

Contentieux spécial à l'assurance-invalidité.

La Commission technique régionale.

La Commission technique régionale fait l'objet de l'article 10 § 3 du Décret-loi. Elle a son siège au même endroit que le service régional. Sa composition et les conditions de son fonctionnement ont été déterminées par arrêté du Ministre du Travail du 29 mai 1936.

I. — *Compétence.*

1° *Ratione materiæ.* — La Commission connaît de toutes contestations relatives à l'appréciation du pourcentage d'invalidité, soit pour l'attribution, soit pour la suspension ou la suppression de la pension ou des soins, que celles-ci soient décidées spontanément par la caisse-invalidité ou, pendant les cinq premières années d'attribution, sur la demande de l'union régionale. Elle connaît également de toutes contestations relatives à la détermination de la cause d'aggravation de l'incapacité lorsque l'assuré est déjà titulaire d'une rente d'accident du travail (art. 35 du Règlement).

2° *Ratione loci.* — La Commission compétente est celle dans la circonscription de laquelle se trouve le siège de la caisse-maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail.

Cette règle a eu pour but de donner compétence à la commission du siège de l'union régionale chargée de servir la pension pendant les cinq premières années.

Dans le cas où le secrétariat d'une commission est saisi

d'une demande relevant de la compétence d'une autre commission, il doit la transmettre au secrétariat de la commission compétente et en aviser le demandeur (circulaire n° 36 du 20 juin 1936).

II. — *Composition.*

A. — *Personnel délibérant.*

La commission comprend :

1° un médecin président, désigné chaque année par le premier président de la Cour d'Appel, soit sur une liste des médecins experts près la Cour d'Appel, soit sur une liste établie par les syndicats ou associations de médecins de la région ;

2° un médecin désigné par la caisse d'assurance-invalidité intéressée ;

3° un médecin désigné par l'union régionale ;

4° un médecin désigné par l'assuré.

Suivant la circulaire N° 52 du 17 juin 1937 les syndicats de médecins établissent des listes de médecins sur lesquelles l'assuré ou le médecin désigné par l'assuré peuvent exercer leur choix pour se faire représenter, ce qui permet à l'assuré d'éviter, soit les frais de déplacement de son médecin traitant s'il est soigné en dehors de la région, soit des honoraires trop élevés, si son médecin traitant est un professeur ou un médecin des hôpitaux.

Ces listes peuvent être déposées par les syndicats médicaux dans les bureaux des caisses-maladie et des caisses-invalidité, où les intéressés ont la possibilité de les consulter.

Lorsque le médecin primitivement désigné par l'assuré se fait représenter par un médecin choisi sur l'une des listes dont il s'agit, son choix n'est valable que si l'assuré contre-

signe la lettre par laquelle il informe le secrétariat de la commission de son désir de se faire représenter.

5° Enfin, pour faciliter l'évaluation de l'invalidité, considérée, suivant la nouvelle conception, comme « l'incapacité « générale de gain, laquelle doit être évaluée en tenant « compte des conséquences de l'invalidité quant aux possibilités d'emploi et de gain sur le marché du travail en « général » (Comité d'experts réunis à Genève en 1936 — Circulaire N° 90 du 30 décembre 1937), l'arrêté du 27 novembre 1937 a adjoint aux membres précédents l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre ou son représentant, avec mission de recueillir, notamment auprès des groupements professionnels locaux d'employeurs ou de salariés, toutes informations sur l'orientation professionnelle à donner à l'invalidé, sur ses possibilités de placement et sur le salaire qu'il est susceptible de gagner en comparaison du salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région (circulaires N°s 82 et 90 des 27 novembre et 30 décembre 1937).

B. — *Personnel administratif.*

Il est constitué par le personnel du secrétariat, dont le rôle est comparable à celui du greffe près d'un tribunal. Le secrétariat est assuré par un secrétaire et, s'il y a lieu, par un secrétaire adjoint, désignés par le Directeur du service régional parmi les agents de ce service.

III. — *Procédure.*

L'assuré ou l'union régionale qui conteste les décisions de la caisse-invalidité dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification de ces

décisions pour adresser sa réclamation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la commission. La lettre recommandée doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré, la caisse-invalidité à laquelle il appartient et, dans le cas où la réclamation est faite par l'assuré, le médecin désigné par celui-ci.

Le secrétaire de la commission invite les autres parties à désigner dans la huitaine le médecin appelé à les représenter. Toutefois il n'a pas à inviter l'union régionale à désigner un représentant, la désignation du médecin choisi par cette union pour faire partie de la commission étant valable pour toutes les affaires, que le recours soit formé par l'assuré, par la caisse-invalidité ou par l'union elle-même (circulaire N° 52 du 17 juin 1937).

Il convoque les membres de la commission, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dix jours au moins à l'avance.

La commission, qui doit statuer dans un délai de deux mois, jouit d'une très grande latitude pour l'instruction de l'affaire ; elle procède, dit l'arrêté « par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs », soit sur pièces, soit par enquête ou expertise sur place. Elle peut prescrire tout examen, médical ou outre, et toutes analyses qu'elle juge utiles. Ces examens et analyses sont faits au lieu désigné par la commission et le résultat doit lui en être communiqué dans les quinze jours suivant la date de leur prescription, par l'intermédiaire du secrétariat. Si l'assuré est dans l'impossibilité de se déplacer la commission peut déléguer un ou plusieurs de ses membres pour l'examiner à domicile.

Elle ne peut valablement statuer que si trois de ses membres, dont le président, sont présents.

Chacun des membres expose son opinion. Le médecin désigné par l'assuré, s'il n'est pas le médecin traitant, donne connaissance des renseignements que ce dernier a pu lui fournir.

La décision est prise à la majorité des voix, celle du président étant prépondérante.

Un procès-verbal est dressé par le président, constatant sur les divers points litigieux l'appréciation de la commission. Ce procès-verbal indique si la décision a été prise à l'unanimité ou simplement à la majorité. Il doit, même dans le cas d'une décision prise à l'unanimité, comporter une description précise de l'état de l'assuré pour justifier la décision prise et pour servir de base aux appréciations de la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales en cas d'appel (Circulaire N° 90 du 8 décembre 1936). Il est signé par le président et les autres médecins présents.

Bien que la présence du secrétaire aux réunions de la commission ne soit pas obligatoire, rien ne s'oppose à ce qu'il assiste à ces réunions, pour appeler les affaires, présenter les dossiers au médecin-président et, éventuellement, pour transcrire le procès-verbal (Circulaire N° 36 du 20 juin 1936).

Le secrétaire de la commission notifie dans les cinq jours la décision aux parties intéressées, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception : la circulaire N° 90 du 30 décembre 1937 précise à ce sujet que la notification n'indique pas seulement le sens de la décision intervenue, mais comporte obligatoirement une copie *in-extenso* du procès-verbal des séances de la commission.

L'assuré, la caisse-invalidité et l'union régionale supportent respectivement les honoraires de leur médecin.

Les frais d'expertise, le cas échéant, incombent à la partie perdante. Ces frais sont évalués conformément à un tarif établi par le premier président de la Cour d'Appel. Ils sont, dans tous les cas, réglés directement par la caisse-invalidité qui, dans le cas où ils ne doivent pas rester à sa charge, en demande le remboursement à la partie perdante. Si la partie perdante est l'assuré, et si celui-ci refuse d'en régler le montant, ils sont imputés sur le montant des prestations qui lui sont dues.

La décision de la commission est susceptible d'être attaquée par la voie de l'appel devant la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

IV. — *Appel devant la Section Permanente du Conseil Supérieur.*

A. — *Composition de la Section Permanente.*

La Section Permanente se subdivise en trois sous-sections : la section financière, la section médico-pharmaceutique (comprenant au moins deux médecins et un pharmacien), et la section administrative et juridique (art. 37 § 9 du décret-loi).

Elle est présidée par le Ministre du Travail et comprend :

- un sénateur,

- deux députés,

- un conseiller d'Etat désigné à ce titre par le vice-président du Conseil d'Etat pour faire partie du Conseil Supérieur,

- trois représentants du Ministère du Travail,

- deux représentants du Ministère des Finances,

- le Directeur Général de la Caisse Générale de Garantie,

- le Directeur Général de la Caisse des Dépôts et Consignations,

cinq représentants des conseils d'administration des caisses primaires d'assurances sociales et des sociétés ou unions visées aux articles 3 et 7 du décret-loi du 30 octobre 1935 concernant les assurés agricoles,

trois représentants des unions régionales,

un délégué des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics,

un délégué du Conseil Supérieur des sociétés de secours mutuels,

deux délégués des groupements professionnels de médecins,

un délégué des groupements professionnels de chirurgiens-dentistes,

un délégué des groupements professionnels de pharmaciens,

trois personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance, de prévoyance ou de chômage, et désignées à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil Supérieur,

un membre agrégé de l'institut des actuaires français, désigné à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil Supérieur.

Enfin un décret du 27 octobre 1936 a ajouté à cette liste un représentant du Ministère de la Santé Publique.

Suivant l'article 2 du décret du 10 décembre 1935 les représentants des conseils d'administration des caisses primaires, des unions régionales des sociétés et unions de sociétés de secours mutuels, le délégué des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics et le délégué du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels sont désignés à l'unanimité par leurs collègues de la même catégorie ou, à défaut, élus par le conseil supérieur. Les élections ont

lieu au bulletin secret à la majorité des deux tiers des votants pour le premier tour et à la majorité simple pour le deuxième tour, conformément à un règlement de détail établi par le Conseil supérieur.

B. — *Forme de l'appel.*

L'appel peut être interjeté par l'assuré, par la caisse d'assurance-invalidité et par l'union régionale, même si elle n'est pas intervenue devant la commission.

Le délai d'appel est de quinze jours à compter de la notification de la décision par le secrétariat de la commission technique.

L'appel doit être formé auprès du secrétariat de la commission technique ou auprès du secrétariat de la section permanente, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les pièces et mémoires remis au secrétariat de la commission technique sont transmis par ce secrétariat au secrétariat de la section permanente (art. 35 § 2 du Règlement).

Le secrétariat de la commission technique, lorsqu'il est saisi d'un appel, en donne communication aux parties intéressées, qu'il invite à déposer leur mémoire.

La Section permanente statuant sur pièces, il importe que lui soient fournis tous les éléments d'appréciation nécessaires. Les pièces qui, suivant la circulaire n° 90 du 8 décembre 1936, doivent obligatoirement figurer au dossier sont les suivantes :

demande de pension,

certificat du médecin traitant attestant que l'affection ou l'infirmité dont le requérant est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail,

éventuellement toutes autres pièces émanant du médecin traitant et remises spontanément par l'assuré,

divers rapports du médecin-contrôleur de la caisse-maladie,

enquête et avis du Conseil d'Administration de la caisse-maladie,

divers rapports du médecin-contrôleur de la caisse-invalidité,

notification avec accusé de réception de la décision prise par la caisse-invalidité (rejet de la demande relative au pourcentage de l'incapacité, suspension ou suppression de pension),

réclamation de l'assuré aux fins de réunion de la commission technique,

copie de la lettre du secrétariat de la commission invitant les parties ou organismes intéressés à désigner leur médecin,

copie, avec accusé de réception, des convocations de la commission technique,

procès-verbal de la réunion de la commission technique,

avis de réception de la notification de la décision prise par la commission technique,

toutes pièces administratives et médicales (enquêtes, analyses de laboratoire, radiographies interprétées par le praticien...),

déclaration d'appel devant la section permanente,

éventuellement, mémoire en soutien d'appel,

notification, avec accusé de réception, de l'appel aux autres parties intéressées,

éventuellement, en cas de suspension ou de suppression de pension, enquête de la caisse en ce qui concerne le montant du salaire ou du gain perçu par l'assuré.

Quand il existe une décision de l'autorité militaire sur l'état de l'assuré il doit être joint au dossier, dans la mesure du possible, un état signalétique et un état des services de cet assuré.

Doit être jointe pareillement, lorsque l'assuré bénéficie d'une rente-accident, une note fournie par l'intéressé, indiquant par quelles blessures ou par quelle infirmité a été motivée l'attribution de cette rente.

D'autre part, d'après les prescriptions de la circulaire n° 82 du 27 novembre 1937, les pièces et mémoires remis par les parties doivent contenir tous les renseignements susceptibles d'éclairer la section permanente sur la situation de l'assuré et lui permettre de déterminer son incapacité de gain.

Ces renseignements portent sur les points suivants :

- a) âge
- b) formation
- c) profession antérieure
- d) possibilités de reclassement dans la région
- e) possibilités de rééducation
- f) salaire ou gain effectif
- g) salaire susceptible d'être gagné dans la profession antérieure ou dans une autre profession à l'intérieur de la même région
- h) salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la région considérée.

Les pièces, en principe, doivent être en original ; exceptionnellement, les copies produites sont certifiées conformes par le secrétaire de la Commission technique.

Les pièces médicales telles que les résultats d'analyses et

les radiographies sont rendues authentiques par le Directeur du Service régional.

La section permanente statue définitivement dans un délai de deux mois (article 35 § 2 du Règlement).

CHAPITRE II

Contentieux commun à l'assurance-invalidité et à l'assurance sociale en général.

La Commission d'arrondissement.

Les commissions d'arrondissement ont remplacé les commissions cantonales de la législation antérieure.

Il n'y a pas de commission d'arrondissement dans tout arrondissement administratif, mais dans tout arrondissement judiciaire : il y a une commission, en effet, dans chaque ressort de tribunal de première instance, et chaque commission a pour siège le siège du tribunal, que ce tribunal soit ou non au chef-lieu d'arrondissement administratif.

Dans la Seine il n'y a qu'une seule commission pour l'ensemble du département.

Il peut être procédé par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail et du Ministre de la Justice à des créations de sections des commissions dans tous les cas où ces créations sont reconnues nécessaires (article 36 § 1^{er} du décret-loi).

I. — Compétence.

1° *Ratione materiae.* — La commission d'arrondissement est compétente en premier ressort, en tant que juridiction de droit commun, au sujet de toutes les difficultés auxquelles donne lieu l'application des assurances sociales, en dehors de celles qui sont expressément soumises à une autre juridiction.

En ce qui concerne spécialement l'assurance-invalidité elle est compétente notamment en ce qui concerne la liquidation des droits des assurés, soit en cas d'attribution ou de refus de pension (conditions de versements, pourcentage du salaire annuel moyen), soit en cas de suspension de pension pour cumul de pension et de salaire ou de gain.

2° *Ratione loci*. — La commission compétente est celle du domicile du défendeur ou du siège statutaire de l'organisme défendeur (article 155 du Règlement).

Cette règle comporte quelques exceptions, mais elles sont sans importance en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

II. — *Composition*.

La commission est présidée par un juge de paix du chef-lieu d'arrondissement ou un suppléant du juge de paix, désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel. Elle comprend en outre, comme assesseurs, un employeur et un assuré, et comme greffier le greffier du Tribunal civil (article 36 § 1^{er} du décret-loi).

Les assesseurs sont désignés par le Directeur du Service régional. Ils doivent être pris en dehors des membres des conseils d'administration des caisses primaires dont ils relèvent. Ils ne peuvent être choisis, d'autre part, qu'à la condition de remplir les conditions requises pour être juré (articles 1^{er} et 2 de la loi du 21 novembre 1872 sur le jury) et de n'avoir pas été l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation rendue en application des articles 4 et 27 du Décret-loi (non observation des règles relatives à l'immatriculation, fraude en vue de l'obtention de prestations indues).

Dans la première quinzaine de chaque année le service régional choisit, pour chaque arrondissement, douze em-

ployeurs et douze assurés titulaires, qui sont appelés successivement, dans l'année, à faire partie de la commission. Il choisit également six suppléants destinés à remplacer, le cas échéant, les assesseurs titulaires (article 36 § 2 du Décret-loi).

La mission de chaque assesseur ne dure qu'un mois. La courte durée de cette mission peut présenter des inconvénients dans le cas où la commission aurait commencé l'instruction d'une affaire sans pouvoir statuer sur cette affaire avant la fin du mois et le changement des assesseurs. Le Ministre du Travail avait envisagé la possibilité de renouveler, dans des cas particuliers, la mission des assesseurs, mais il a dû y renoncer à la suite d'un avis du Ministre de la justice estimant que l'article 36 du Décret-loi ne lui en laissait pas la liberté (Circulaire n° 16 du 30 avril 1936).

La composition de la commission n'est pas exempte de toute critique, les assesseurs n'étant très souvent susceptibles de recevoir aucune connaissance ni de bénéficier d'aucune expérience juridiques. Il est vrai que l'intention des auteurs de la législation a été probablement de faire surtout des assesseurs des membres consultatifs capables de faire entendre l'avis patronal et ouvrier, le rôle proprement juridique devant être réservé au juge de paix.

III. — *Procédure.*

La commission est saisie par lettre recommandée adressée à son président, au greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision attaquée (article 36 § 1^{er}).

Ce délai de dix jours ne comptant que dans le cas où une décision est intervenue, il était nécessaire, sous peine de laisser les organismes d'assurance libres de paralyser le

recours, de prévoir le cas où ces organismes garderaient le silence : d'après l'article 156 § 1^{er} du Règlement si le service régional ou l'organisme auquel a été adressée la demande ou la réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la commission ; toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de la demande, le délai de deux mois ne commence à courir qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et, le cas échéant, des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, qui doit être fait sous pli recommandé. A défaut de décision ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties à l'appui de leur recours devant la commission.

La commission se réunit dans les dix jours suivant la réception de la requête. Le greffier convoque les assesseurs sur l'ordre du président, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins huit jours avant l'audience. Tout assesseur titulaire ou suppléant qui, sans donner une excuse légitime, ne répond pas à la convocation, est condamné par le président à une amende de 5 à 10 fr. (article 36 § 2).

Le greffier convoque également les parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quinze jours au moins avant l'audience.

La commission peut ordonner la comparution personnelle des parties ; elle fait tous ses efforts pour les concilier ; en cas de non conciliation elle statue, sans forme de procédure et sans autres frais que les émoluments alloués au greffier.

Le greffier adresse, dans la huitaine, un extrait de la décision à chacune des parties convoquées à l'audience, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (article 156 § 2 du Règlement).

La décision n'est pas susceptible d'opposition, mais elle est toujours susceptible d'appel.

IV. — *Appel.*

Les conditions en sont fixées par l'article 157 § 1^{er} du Règlement.

Chacune des parties intéressées peut interjeter appel de la décision de la commission dans le mois de la réception de la notification. Le délai d'appel est donc actuellement le même que le délai ordinaire d'appel, celui-ci, qui était auparavant de deux mois, ayant été réduit à un mois lors de la dernière réforme de la procédure (article 443 du Code de Procédure civile modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935).

L'appel est porté devant le Tribunal civil. Il est formé par déclaration au greffe de ce tribunal. Il ne peut être valablement fait par lettre recommandée, la déclaration requise nécessitant l'intervention de l'appelant en personne (Trib. Civ. Seine, 27 juin 1934 ; *Gaz. Pal.*, 1934.2.674, sous-note *b* ; Trib. Civ. Bourg, 21 mars 1933 ; *Gaz. Pal.*, 1933.2.164, sous-note *f* ; Ch. Civ., 28 janvier 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.1627). Celui-ci peut toutefois se faire représenter par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale : il faut, dans ce cas, que le pouvoir donné au représentant ait une date certaine antérieure au pourvoi et qu'il soit fait mention de ce pouvoir dans l'acte de déclaration de pourvoi (Ch. Civ., 28 janvier 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.1627 ; Ch. Civ., 4 mars 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.868). En cas d'appel interjeté par une

caisse, seul le représentant légal de cette caisse, tel qu'il est déterminé par ses statuts, a qualité pour faire la déclaration prescrite. Si le représentant légal de la caisse ne peut se présenter lui-même au greffe pour faire la déclaration il doit donc se faire représenter par une autre personne munie d'un pouvoir satisfaisant aux conditions sus-énoncées (Ch. Civ., arrêt précité du 28 janvier 1936).

Pour que l'appel soit recevable la déclaration doit être accompagnée d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et des conclusions de l'appelant auxquels sont jointes, le cas échéant, les pièces justificatives.

Le greffier informe sans délai les autres parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en leur signalant qu'elles peuvent, dans le délai d'un mois, lui faire parvenir un mémoire accompagné ou non de pièces justificatives.

Les parties sont également informées, par lettre recommandée du greffier avec demande d'avis de réception, et quinze jours au moins à l'avance, de la date à laquelle l'affaire sera appelée.

Chaque partie peut prendre connaissance au greffe des mémoires et pièces justificatives produits par les autres parties, sans pouvoir les déplacer.

Le tribunal recourt, le cas échéant, aux mesures d'instruction en usage devant la justice de paix, dans les conditions et suivant les formes admises devant cette juridiction.

L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense de ministère d'avoué, et sans autres frais que les émoluments du greffier. Le jugement est rendu dans le mois qui suit l'expiration du délai d'un mois prévu pour la régularisation de l'appel, sur le rapport d'un juge fait en audience publique, le ministère public entendu.

Il n'y a pas de plaidoirie, mais il est permis aux parties de présenter des observations à l'audience ; celles-ci peuvent d'ailleurs être invitées à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires. En cas d'empêchement dûment justifié de comparaître en personne les parties peuvent se faire représenter, soit par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Lorsque la décision du tribunal a été rendue, le greffier dispose d'un délai de huit jours pour en adresser un extrait, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à chacune des parties en cause.

Celles-ci disposent encore d'une voie de recours, qui est la cassation.

V. — *Pourvoi en cassation.*

Les formalités du pourvoi ont été réglées par l'article 158 du Règlement.

Les parties ont un délai de dix jours à compter de la réception de la notification du jugement du Tribunal civil pour se pourvoir en cassation.

Le pourvoi n'est possible que pour violation de la loi.

Il est formé, comme l'appel, par déclaration faite au greffe du Tribunal civil par le demandeur en personne ou par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale remplissant les mêmes conditions que celle exigée pour l'appel (Ch. Civ. 10 décembre 1934, 3 arrêts, *Gaz. Pal.* 1935.1.99 et 1935.1.135), ou encore par un avocat à la Cour de Cassation.

Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° d'une expédition du jugement attaqué, avec justifica-

tion de la date à laquelle la notification a été reçue par les parties, le tout étant fourni par le greffier ;

2° de l'indication sommaire des moyens de cassation invoqués.

Le demandeur peut, dans le délai d'un mois à compter de l'introduction du pourvoi, faire parvenir au greffe du Tribunal civil un mémoire ampliatif accompagné ou non de pièces justificatives, avec autant de copies qu'il y a de parties en cause ; ces copies sont certifiées conformes par le demandeur sous sa responsabilité.

A l'expiration du délai d'un mois imparti pour la production du mémoire ampliatif, le greffier du Tribunal civil donne avis du pourvoi, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, aux autres parties en cause, et leur adresse une copie certifiée par lui du procès-verbal de déclaration de pourvoi et des moyens de cassation invoqués par le demandeur, ainsi qu'une copie du mémoire ampliatif et des pièces justificatives déposées à l'appui du pourvoi, toutes les copies dont il s'agit étant dispensées des formalités du timbre et de l'enregistrement.

En même temps le greffier informe le défendeur qu'il peut lui faire parvenir un mémoire en défense, accompagné ou non de pièces justificatives. Ce mémoire en défense n'est recevable que dans le délai d'un mois à partir de la date de l'avis de réception de la communication du greffier.

Dès que ce délai est expiré le greffier transmet sans frais au greffier de la Cour de Cassation les pièces produites, en y joignant les avis de réception.

Après la transmission du dossier au greffe de la Cour de Cassation, des mémoires ampliatifs ou en défense peuvent encore être déposés à ce greffe par un avocat à la Cour de Cassation. Ils doivent alors être déposés dans le mois sui-

vant la transmission, exception faite pour les mémoires produits par le Ministre du Travail, qui, aux termes de l'article 37 § 6 du Décret-loi, est recevable à intervenir en tout état de la procédure, et devant toutes les juridictions, pour toutes les affaires relatives à l'application des assurances sociales.

Le ministère d'avocat à la Cour de Cassation n'est pas obligatoire.

Le pourvoi est porté directement devant la Chambre civile qui statue, sans frais ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Les voies de recours précédemment étudiées, qui sont propres à la législation spéciale de l'assurance sociale, ne mettent en jeu aucun principe étranger à cette législation. Mais il va sans dire que l'assurance sociale, en dehors de sa législation propre, évolue dans le cadre général de la législation de droit commun. Or, par application des articles 1.382 et suivants du Code civil, il est possible que la responsabilité d'un accident dont est victime un assuré social soit imputable à un tiers. Cette responsabilité peut, à coup sûr, être mise en cause par l'assuré social lui-même à son profit, mais il est très important de savoir si les caisses d'assurance sociale, tenues du fait de l'accident de verser des prestations à l'assuré, n'ont en aucune manière la prérogative de se substituer à celui-ci dans l'exercice de son action contre le tiers. L'éventualité dont il s'agit offre un intérêt spécial en ce qui concerne l'invalidité, puisque les prestations versées à ce titre sont susceptibles d'atteindre des chiffres relativement très élevés. Aussi est-il indispensable de bien déterminer les moyens que les caisses ont à leur disposition pour le recouvrement de leurs dépenses dans les cas de l'espèce.

Toute demande de renouvellement d'extrait d'inscription doit être accompagnée d'un certificat de vie (article 42 § 2 du Règlement).

C'est au moyen de l'extrait d'inscription, qui forme titre, que l'assuré perçoit les arrérages de la pension.

V. — *Paiement des arrérages.*

Les arrérages de la pension, y compris les majorations éventuelles pour charges de famille, sont dus à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande de pension est parvenue à la caisse-maladie.

Comme pratiquement la demande de pension d'invalidité n'est faite qu'à la fin du délai de versement des prestations-maladie il s'écoule toujours un certain temps, qui peut atteindre plusieurs mois, entre le moment où l'assuré cesse de percevoir les prestations-maladie et le moment où lui sont versés les premiers arrérages de sa pension. Pour pallier les inconvénients qui pourraient en résulter il a été stipulé (article 40 § 8 du Règlement) que des avances seraient consenties aux assurés en instance de liquidation de pension, dans les conditions fixées par le règlement intérieur des caisses.

Les arrérages sont payés trimestriellement, et à terme échu, les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre, soit directement par l'union régionale ou la caisse-invalidité, soit, pour leur compte, par l'intermédiaire de la caisse-maladie (article 40, §§ 3, 4 et 5 du Règlement).

Le paiement est effectué, en principe, sur présentation de l'extrait d'inscription et sur remise du coupon, revêtu en présence du payeur de l'acquit de la partie prenante. Il peut toutefois être effectué par mandat, sur production d'un certificat de vie et du coupon portant la signature du

pensionné ou de son représentant légal, les frais de mandat restant à la charge de celui-ci.

L'encaissement des arrérages peut être fait par délégation, dans le cas où le pensionné ou son représentant légal ne peuvent ou ne veulent se déplacer, ne savent ou ne peuvent signer. Le délégué, porteur du livret de pension, remet au payeur, avec le coupon revêtu de sa signature, un certificat délivré par le maire de la commune où réside le mandant constatant que ce dernier est vivant et donne procuration au délégué d'encaisser les arrérages. Ce certificat est exempt de timbre et délivré sans frais. Lorsque l'impossibilité de signer ou de se déplacer est permanente il est valable pour une année, à la condition d'être visé et timbré par la mairie avant chaque encaissement.

Il peut être remplacé, si les intéressés le préfèrent, par un certificat délivré dans les mêmes conditions par un notaire (article 51 du décret du 29 juillet 1936).

Lorsque la portion saisissable des arrérages est frappée d'opposition les unions régionales ou les caisses doivent surseoir au paiement jusqu'à ce qu'ait été donnée mainlevée amiable ou judiciaire de l'opposition.

En cas de décès de l'assuré les arrérages courus à la date du décès sont payés à ses ayants droit sur production de l'acte de décès et d'une pièce établissant leur qualité (article 40 § 6 du Règlement).

Il est admis d'une façon générale que la justification des qualités héréditaires peut résulter d'un extrait d'intitulé d'inventaire, d'un certificat de propriété ou d'un acte de notoriété.

L'article 40 § 6 précité a prévu que les arrérages dont il s'agit pourraient être versés au conjoint de l'assuré pour le compte des héritiers, mais il ne contient aucune disposition

relative au versement des arrérages au conjoint pour son propre compte. Il convient, en la circonstance, d'appliquer l'article 18 de la loi du 12 avril 1922 concernant notamment tout prorata d'arrérages restant dû au décès du titulaire d'une pension servie par l'Etat, les départements, les communes, les budgets locaux des colonies, la Caisse des Dépôts et Consignations ou la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, et de décider, conformément à cet article, que les arrérages courus au décès de l'assuré peuvent être versés entre les mains de l'époux survivant s'il n'existe aucune opposition signifiée par les héritiers, légataires ou créanciers.

L'époux survivant n'est pas tenu de se faire envoyer en possession, ni de justifier de l'emploi ou de fournir une caution. Il lui suffit de produire une expédition de l'acte de décès de son conjoint, un extrait de son acte de mariage et un certificat délivré par le maire de son domicile établi sur sa déclaration confirmée par l'attestation de deux témoins et constatant qu'il n'a été prononcé ni divorce, ni séparation de corps entre les deux époux.

CHAPITRE III

Événements susceptibles de modifier le montant ou d'affecter l'existence de la pension.

SECTION I. — MONTANT DE LA PENSION.

Pour le calcul initial de la pension il est tenu compte des causes de réduction précédemment énumérées, notamment en cas de rente-accident et de pension militaire. Mais après que le calcul a été ainsi opéré, et durant le service de la pension, d'autres événements peuvent survenir qui motivent des prélèvements sur le montant primitif de la pension.

I. — Prélèvement pour cause d'hospitalisation.

L'article 4 § 8, 3^e alinéa, du décret-loi spécifie que les règles fixées par l'article 7 § 4 sont applicables à la pension d'invalidité. En vertu de ces règles la pension est réduite, en cas d'hospitalisation à la charge de l'union régionale :

du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

de la moitié si l'assuré est marié sans enfants ni ascendants à sa charge ;

des trois quarts dans tous les autres cas.

Il est normal de ne pas faire supporter par l'union régionale toute l'augmentation résultant pour elle des frais d'hospitalisation, d'autant plus que l'assuré, en dehors des charges de famille qu'il peut avoir, voit le coût de sa vie très diminué du fait de son hospitalisation.

Seule la pension proprement dite est susceptible des réductions dont il s'agit, à l'exclusion des majorations pour charges de famille, qui continuent à être dues intégralement, et compte non tenu, le cas échéant, de la rente-accident ou de la pension militaire dont bénéficie l'intéressé.

L'hospitalisation, étant une prestation en nature, ne peut, aux termes de l'article 10 § 8 du Décret-loi, rester à la charge de l'union régionale que pendant une durée de cinq ans au plus. Par suite, à l'expiration de ce délai de cinq ans, l'assuré supporte seul les frais d'hospitalisation et, naturellement, la pension n'est plus sujette à aucune retenue de ce chef.

En dehors de ce prélèvement qui a pour contre-partie une charge correspondante de l'union régionale le montant originel de la pension est susceptible de varier du fait de la révision de la pension ou des allocations pour charges de famille qui s'y ajoutent consécutive à un changement survenu dans l'état de l'assuré.

II. — *Révision de la pension.*

La pension d'un assuré titulaire d'une rente-accident ou d'une pension militaire étant égale à la différence entre la pension théorique calculée conformément aux dispositions de l'article 10 du Décret-loi et la rente-accident ou la pension militaire, il peut arriver dans la pratique que cette rente-accident ou cette pension militaire subisse des diminutions ou au contraire des augmentations et que, en conséquence, la pension d'invalidité ne corresponde plus à la réalité des choses. Dans ce cas, cette pension doit faire l'objet d'une révision, pour être adaptée à la nouvelle condition de l'assuré.

D'autre part, d'après l'article 74 du Règlement, les allo-

cations pour charges de famille sont révisées chaque fois que les charges de famille se modifient.

Les événements précités n'affectent que le montant de la pension, soit qu'ils le réduisent, soit qu'ils l'augmentent. Mais dans certains cas c'est l'existence même de la pension qui est en cause.

SECTION II. — EXISTENCE DE LA PENSION.

I. — *Suspension et suppression.*

L'union régionale ou la caisse-invalidité ont naturellement à se préoccuper de l'évolution de l'invalidité chez l'assuré auquel elles versent une pension. Il leur est possible de faire procéder, à toute époque, à des visites médicales auxquelles l'assuré doit se soumettre sous peine de voir sa pension suspendue. En principe, le médecin de la caisse ou de l'union, ou l'expert médical suivant le cas, convoque l'assuré par lettre recommandée, et l'assuré doit se rendre à la convocation. Ses frais de déplacement, lorsqu'il doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de l'union, suivant un tarif fixé par arrêté du Ministre du Travail (article 10 § 12 du Décret-loi). Exceptionnellement, l'assuré qui ne peut pas quitter la chambre reçoit la visite à domicile. Est considéré comme refus d'examen motivant une suspension de la pension le fait pour l'invalidé de ne pas répondre à la convocation ou de s'opposer à la visite à domicile (article 10 § 10).

D'autre part, la pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. En cas de simple suspension l'assuré est en droit d'obtenir de nouveau le service de sa pension si son incapacité redevient égale aux deux tiers.

Enfin, quel que soit le pourcentage d'augmentation de la

capacité de travail, le service de la pension est suspendu en tout ou en partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit, sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide (article 10 § 7).

Il s'agit là d'une disposition critiquable. Elle prive l'assuré de tout encouragement au travail et constitue une véritable prime à la paresse. Elle peut, d'autre part, devenir la source d'injustices choquantes. Elle prend, en effet, pour base le salaire de l'assuré avant l'entrée en invalidité. Or ce salaire peut être anormalement bas en raison de circonstances particulières défavorables, par exemple en cas de chômage partiel. Sous prétexte que l'assuré ne gagnait à ce moment-là qu'un salaire dérisoire, il va être condamné pour l'avenir à voir sa pension supprimée s'il reprend le travail, alors qu'il importerait, au contraire, qu'il soit incité, par la perspective du gain pouvant résulter pour lui du cumul de sa pension et de la rémunération de son travail, à se faire une nouvelle habileté, à se créer un nouveau métier, à ne pas s'oublier dans l'oisiveté.

Au surplus, l'application rigoureuse des règles relatives à la suspension ou à la suppression de la pension risque d'aboutir à une injustice plus grande encore. Lorsqu'une caisse est tenue de servir une pension par suite d'un accident imputable à un tiers, elle est, en vertu de l'article 25 § 3, subrogée de plein droit dans l'action de la victime contre le tiers responsable pour le remboursement de ses dépenses (1). Ainsi la caisse est en droit de poursuivre le recouvrement du capital de couverture de la pension et conserve

(1) V. ci-dessous, p. 88 et suiv.

la faculté, après l'avoir obtenu, de suspendre ou de supprimer la pension, de sorte qu'elle peut ainsi encaisser le montant d'un capital ne correspondant à aucune dépense effective de sa part. Comme il semble impossible, pour des raisons pratiques, d'obliger la caisse à restituer à qui de droit le capital perçu, la seule solution convenable serait d'admettre qu'en ce cas la pension ne pourrait être ni suspendue, ni supprimée. L'argument susceptible d'être tiré du fait que le régime financier de l'assurance et, en particulier, le calcul du capital de couverture des pensions sont fondés sur des prévisions actuarielles ayant envisagé tous les cas possibles ne saurait être pris en considération devant le texte précis de l'article 25 § 3 qui ne reconnaît de droits aux caisses que « pour le remboursement des dépenses que leur « occasionne l'accident ou la blessure ».

Les prestations en nature ne suivent pas nécessairement le sort de la pension. Elles peuvent, en effet, être maintenues (dans les limites du délai de cinq ans) en cas de suspension ou de suppression de celle-ci (article 10 § 8).

D'autre part, d'après l'article 10 § 17, lorsque l'assuré reprend le travail après la suppression de sa pension, il est considéré comme ayant subi pendant les huit trimestres civils précédant celui de la suppression de la pension le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations des assurances maladie-maternité et invalidité, ce bénéfice ne lui étant acquis toutefois que pour les prestations en nature et à titre personnel.

Les causes de suspension ou de suppression de la pension proviennent soit d'une faute commise par l'assuré, soit de son état physique, soit de ses possibilités économiques. Dans deux autres cas la pension s'éteint d'elle-même en conséquence d'événements survenus dans la vie de l'assuré.

II. — *Extinction.*

L'extinction se produit d'office pour les deux causes suivantes : décès de l'assuré, et échéance de sa soixantième année.

La pension, étant strictement personnelle, cesse d'être due dès le décès de son titulaire. Il résulte de l'article 40 § 6 du Règlement, suivant lequel les arrérages de la pension courus « à la date du décès » sont versés aux héritiers du *de cuius*, que c'est au jour même du décès que se produit l'extinction.

Les majorations pour charges de famille cessent *ipso facto* d'être servies à partir de cette même date, pour être remplacées, le cas échéant, par une majoration du capital d'assurance-décès, ou par des pensions temporaires d'orphelins.

D'autre part la pension d'invalidité prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de soixante ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit en raison tant des versements effectués par ses employeurs successifs que des cotisations versées annuellement en leur lieu et place par l'union régionale et la caisse-invalidité.

Si l'assuré bénéficie encore, à l'âge de soixante ans, de la pension d'invalidité, le fonds de majoration complète, jusqu'à concurrence du chiffre de cette pension, le montant des rentes inscrites à son compte individuel d'assurance-vieillesse (article 10 §§ 14 et 15).

Si l'assuré est rattaché à des caisses différentes pour les risques d'invalidité et vieillesse, la caisse-invalidité transmet les renseignements nécessaires à la liquidation de la pension de vieillesse à la caisse d'assurance-vieillesse, qui remet un nouvel extrait d'inscription à l'intéressé (article 41 §§ 2 et 3 du Règlement).

DEUXIÈME PARTIE

Contentieux

L'assurance-invalidité est soumise aux dispositions générales de contrôle, notamment à la compétence de la commission régionale tripartite et de la commission supérieure de contrôle en ce qui concerne les difficultés nées des rapports entre les organismes d'assurance et les groupements professionnels de praticiens. Mais il ne s'agit pas là d'un contentieux à proprement parler. C'est à l'occasion des rapports avec les assurés sociaux que celui-ci entre en jeu, d'abord avec la commission technique régionale, spéciale à l'assurance-invalidité, et relevant en appel de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales, ensuite avec la commission d'arrondissement, commune aux diverses catégories d'assurances, et relevant en appel du Tribunal Civil. D'autre part, il convient de faire une place spéciale aux recours susceptibles d'être exercés, le cas échéant, contre les tiers responsables des accidents occasionnant le versement des prestations.

CHAPITRE PREMIER

Contentieux spécial à l'assurance-invalidité.

La Commission technique régionale.

La Commission technique régionale fait l'objet de l'article 10 § 3 du Décret-loi. Elle a son siège au même endroit que le service régional. Sa composition et les conditions de son fonctionnement ont été déterminées par arrêté du Ministre du Travail du 29 mai 1936.

I. — *Compétence.*

1° *Ratione materiæ.* — La Commission connaît de toutes contestations relatives à l'appréciation du pourcentage d'invalidité, soit pour l'attribution, soit pour la suspension ou la suppression de la pension ou des soins, que celles-ci soient décidées spontanément par la caisse-invalidité ou, pendant les cinq premières années d'attribution, sur la demande de l'union régionale. Elle connaît également de toutes contestations relatives à la détermination de la cause d'aggravation de l'incapacité lorsque l'assuré est déjà titulaire d'une rente d'accident du travail (art. 35 du Règlement).

2° *Ratione loci.* — La Commission compétente est celle dans la circonscription de laquelle se trouve le siège de la caisse-maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail.

Cette règle a eu pour but de donner compétence à la commission du siège de l'union régionale chargée de servir la pension pendant les cinq premières années.

Dans le cas où le secrétariat d'une commission est saisi

d'une demande relevant de la compétence d'une autre commission, il doit la transmettre au secrétariat de la commission compétente et en aviser le demandeur (circulaire n° 36 du 20 juin 1936).

II. — *Composition.*

A. — *Personnel délibérant.*

La commission comprend :

1° un médecin président, désigné chaque année par le premier président de la Cour d'Appel, soit sur une liste des médecins experts près la Cour d'Appel, soit sur une liste établie par les syndicats ou associations de médecins de la région ;

2° un médecin désigné par la caisse d'assurance-invalidité intéressée ;

3° un médecin désigné par l'union régionale ;

4° un médecin désigné par l'assuré.

Suivant la circulaire N° 52 du 17 juin 1937 les syndicats de médecins établissent des listes de médecins sur lesquelles l'assuré ou le médecin désigné par l'assuré peuvent exercer leur choix pour se faire représenter, ce qui permet à l'assuré d'éviter, soit les frais de déplacement de son médecin traitant s'il est soigné en dehors de la région, soit des honoraires trop élevés, si son médecin traitant est un professeur ou un médecin des hôpitaux.

Ces listes peuvent être déposées par les syndicats médicaux dans les bureaux des caisses-maladie et des caisses-invalidité, où les intéressés ont la possibilité de les consulter.

Lorsque le médecin primitivement désigné par l'assuré se fait représenter par un médecin choisi sur l'une des listes dont il s'agit, son choix n'est valable que si l'assuré contre-

signe la lettre par laquelle il informe le secrétariat de la commission de son désir de se faire représenter.

5° Enfin, pour faciliter l'évaluation de l'invalidité, considérée, suivant la nouvelle conception, comme « l'incapacité « générale de gain, laquelle doit être évaluée en tenant « compte des conséquences de l'invalidité quant aux possibilités d'emploi et de gain sur le marché du travail en « général » (Comité d'experts réunis à Genève en 1936 — Circulaire N° 90 du 30 décembre 1937), l'arrêté du 27 novembre 1937 a adjoint aux membres précédents l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre ou son représentant, avec mission de recueillir, notamment auprès des groupements professionnels locaux d'employeurs ou de salariés, toutes informations sur l'orientation professionnelle à donner à l'invalidé, sur ses possibilités de placement et sur le salaire qu'il est susceptible de gagner en comparaison du salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région (circulaires N°s 82 et 90 des 27 novembre et 30 décembre 1937).

B. — *Personnel administratif.*

Il est constitué par le personnel du secrétariat, dont le rôle est comparable à celui du greffe près d'un tribunal. Le secrétariat est assuré par un secrétaire et, s'il y a lieu, par un secrétaire adjoint, désignés par le Directeur du service régional parmi les agents de ce service.

III. — *Procédure.*

L'assuré ou l'union régionale qui conteste les décisions de la caisse-invalidité dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification de ces

décisions pour adresser sa réclamation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la commission. La lettre recommandée doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré, la caisse-invalidité à laquelle il appartient et, dans le cas où la réclamation est faite par l'assuré, le médecin désigné par celui-ci.

Le secrétaire de la commission invite les autres parties à désigner dans la huitaine le médecin appelé à les représenter. Toutefois il n'a pas à inviter l'union régionale à désigner un représentant, la désignation du médecin choisi par cette union pour faire partie de la commission étant valable pour toutes les affaires, que le recours soit formé par l'assuré, par la caisse-invalidité ou par l'union elle-même (circulaire N° 52 du 17 juin 1937).

Il convoque les membres de la commission, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dix jours au moins à l'avance.

La commission, qui doit statuer dans un délai de deux mois, jouit d'une très grande latitude pour l'instruction de l'affaire ; elle procède, dit l'arrêté « par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs », soit sur pièces, soit par enquête ou expertise sur place. Elle peut prescrire tout examen, médical ou outre, et toutes analyses qu'elle juge utiles. Ces examens et analyses sont faits au lieu désigné par la commission et le résultat doit lui en être communiqué dans les quinze jours suivant la date de leur prescription, par l'intermédiaire du secrétariat. Si l'assuré est dans l'impossibilité de se déplacer la commission peut déléguer un ou plusieurs de ses membres pour l'examiner à domicile.

Elle ne peut valablement statuer que si trois de ses membres, dont le président, sont présents.

Chacun des membres expose son opinion. Le médecin désigné par l'assuré, s'il n'est pas le médecin traitant, donne connaissance des renseignements que ce dernier a pu lui fournir.

La décision est prise à la majorité des voix, celle du président étant prépondérante.

Un procès-verbal est dressé par le président, constatant sur les divers points litigieux l'appréciation de la commission. Ce procès-verbal indique si la décision a été prise à l'unanimité ou simplement à la majorité. Il doit, même dans le cas d'une décision prise à l'unanimité, comporter une description précise de l'état de l'assuré pour justifier la décision prise et pour servir de base aux appréciations de la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales en cas d'appel (Circulaire N° 90 du 8 décembre 1936). Il est signé par le président et les autres médecins présents.

Bien que la présence du secrétaire aux réunions de la commission ne soit pas obligatoire, rien ne s'oppose à ce qu'il assiste à ces réunions, pour appeler les affaires, présenter les dossiers au médecin-président et, éventuellement, pour transcrire le procès-verbal (Circulaire N° 36 du 20 juin 1936).

Le secrétaire de la commission notifie dans les cinq jours la décision aux parties intéressées, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception : la circulaire N° 90 du 30 décembre 1937 précise à ce sujet que la notification n'indique pas seulement le sens de la décision intervenue, mais comporte obligatoirement une copie *in-extenso* du procès-verbal des séances de la commission.

L'assuré, la caisse-invalidité et l'union régionale supportent respectivement les honoraires de leur médecin.

Les frais d'expertise, le cas échéant, incombent à la partie perdante. Ces frais sont évalués conformément à un tarif établi par le premier président de la Cour d'Appel. Ils sont, dans tous les cas, réglés directement par la caisse-invalidité qui, dans le cas où ils ne doivent pas rester à sa charge, en demande le remboursement à la partie perdante. Si la partie perdante est l'assuré, et si celui-ci refuse d'en régler le montant, ils sont imputés sur le montant des prestations qui lui sont dues.

La décision de la commission est susceptible d'être attaquée par la voie de l'appel devant la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

IV. — *Appel devant la Section Permanente du Conseil Supérieur.*

A. — *Composition de la Section Permanente.*

La Section Permanente se subdivise en trois sous-sections : la section financière, la section médico-pharmaceutique (comprenant au moins deux médecins et un pharmacien), et la section administrative et juridique (art. 37 § 9 du décret-loi).

Elle est présidée par le Ministre du Travail et comprend :
un sénateur,
deux députés,

un conseiller d'Etat désigné à ce titre par le vice-président du Conseil d'Etat pour faire partie du Conseil Supérieur,

trois représentants du Ministère du Travail,
deux représentants du Ministère des Finances,
le Directeur Général de la Caisse Générale de Garantie,
le Directeur Général de la Caisse des Dépôts et Consignations,

cinq représentants des conseils d'administration des caisses primaires d'assurances sociales et des sociétés ou unions visées aux articles 3 et 7 du décret-loi du 30 octobre 1935 concernant les assurés agricoles,

trois représentants des unions régionales,

un délégué des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics,

un délégué du Conseil Supérieur des sociétés de secours mutuels,

deux délégués des groupements professionnels de médecins,

un délégué des groupements professionnels de chirurgiens-dentistes,

un délégué des groupements professionnels de pharmaciens,

trois personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance, de prévoyance ou de chômage, et désignées à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil Supérieur,

un membre agrégé de l'institut des actuaires français, désigné à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil Supérieur.

Enfin un décret du 27 octobre 1936 a ajouté à cette liste un représentant du Ministère de la Santé Publique.

Suivant l'article 2 du décret du 10 décembre 1935 les représentants des conseils d'administration des caisses primaires, des unions régionales des sociétés et unions de sociétés de secours mutuels, le délégué des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics et le délégué du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels sont désignés à l'unanimité par leurs collègues de la même catégorie ou, à défaut, élus par le conseil supérieur. Les élections ont

lieu au bulletin secret à la majorité des deux tiers des votants pour le premier tour et à la majorité simple pour le deuxième tour, conformément à un règlement de détail établi par le Conseil supérieur.

B. — *Forme de l'appel.*

L'appel peut être interjeté par l'assuré, par la caisse d'assurance-invalidité et par l'union régionale, même si elle n'est pas intervenue devant la commission.

Le délai d'appel est de quinze jours à compter de la notification de la décision par le secrétariat de la commission technique.

L'appel doit être formé auprès du secrétariat de la commission technique ou auprès du secrétariat de la section permanente, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les pièces et mémoires remis au secrétariat de la commission technique sont transmis par ce secrétariat au secrétariat de la section permanente (art. 35 § 2 du Règlement).

Le secrétariat de la commission technique, lorsqu'il est saisi d'un appel, en donne communication aux parties intéressées, qu'il invite à déposer leur mémoire.

La Section permanente statuant sur pièces, il importe que lui soient fournis tous les éléments d'appréciation nécessaires. Les pièces qui, suivant la circulaire n° 90 du 8 décembre 1936, doivent obligatoirement figurer au dossier sont les suivantes :

demande de pension,

certificat du médecin traitant attestant que l'affection ou l'infirmité dont le requérant est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail,

éventuellement toutes autres pièces émanant du médecin traitant et remises spontanément par l'assuré,

divers rapports du médecin-contrôleur de la caisse-maladie,

enquête et avis du Conseil d'Administration de la caisse-maladie,

divers rapports du médecin-contrôleur de la caisse-invalidité,

notification avec accusé de réception de la décision prise par la caisse-invalidité (rejet de la demande relative au pourcentage de l'incapacité, suspension ou suppression de pension),

réclamation de l'assuré aux fins de réunion de la commission technique,

copie de la lettre du secrétariat de la commission invitant les parties ou organismes intéressés à désigner leur médecin,

copie, avec accusé de réception, des convocations de la commission technique,

procès-verbal de la réunion de la commission technique,

avis de réception de la notification de la décision prise par la commission technique,

toutes pièces administratives et médicales (enquêtes, analyses de laboratoire, radiographies interprétées par le praticien...),

déclaration d'appel devant la section permanente,

éventuellement, mémoire en soutien d'appel,

notification, avec accusé de réception, de l'appel aux autres parties intéressées,

éventuellement, en cas de suspension ou de suppression de pension, enquête de la caisse en ce qui concerne le montant du salaire ou du gain perçu par l'assuré.

Quand il existe une décision de l'autorité militaire sur l'état de l'assuré il doit être joint au dossier, dans la mesure du possible, un état signalétique et un état des services de cet assuré.

Doit être jointe pareillement, lorsque l'assuré bénéficie d'une rente-accident, une note fournie par l'intéressé, indiquant par quelles blessures ou par quelle infirmité a été motivée l'attribution de cette rente.

D'autre part, d'après les prescriptions de la circulaire n° 82 du 27 novembre 1937, les pièces et mémoires remis par les parties doivent contenir tous les renseignements susceptibles d'éclairer la section permanente sur la situation de l'assuré et lui permettre de déterminer son incapacité de gain.

Ces renseignements portent sur les points suivants :

- a) âge
- b) formation
- c) profession antérieure
- d) possibilités de reclassement dans la région
- e) possibilités de rééducation
- f) salaire ou gain effectif
- g) salaire susceptible d'être gagné dans la profession antérieure ou dans une autre profession à l'intérieur de la même région
- h) salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la région considérée.

Les pièces, en principe, doivent être en original ; exceptionnellement, les copies produites sont certifiées conformes par le secrétaire de la Commission technique.

Les pièces médicales telles que les résultats d'analyses et

les radiographies sont rendues authentiques par le Directeur du Service régional.

La section permanente statue définitivement dans un délai de deux mois (article 35 § 2 du Règlement).

CHAPITRE II

Contentieux commun à l'assurance-invalidité et à l'assurance sociale en général.

La Commission d'arrondissement.

Les commissions d'arrondissement ont remplacé les commissions cantonales de la législation antérieure.

Il n'y a pas de commission d'arrondissement dans tout arrondissement administratif, mais dans tout arrondissement judiciaire : il y a une commission, en effet, dans chaque ressort de tribunal de première instance, et chaque commission a pour siège le siège du tribunal, que ce tribunal soit ou non au chef-lieu d'arrondissement administratif.

Dans la Seine il n'y a qu'une seule commission pour l'ensemble du département.

Il peut être procédé par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail et du Ministre de la Justice à des créations de sections des commissions dans tous les cas où ces créations sont reconnues nécessaires (article 36 § 1^{er} du décret-loi).

I. — *Compétence.*

1° *Ratione materiae.* — La commission d'arrondissement est compétente en premier ressort, en tant que juridiction de droit commun, au sujet de toutes les difficultés auxquelles donne lieu l'application des assurances sociales, en dehors de celles qui sont expressément soumises à une autre juridiction.

En ce qui concerne spécialement l'assurance-invalidité elle est compétente notamment en ce qui concerne la liquidation des droits des assurés, soit en cas d'attribution ou de refus de pension (conditions de versements, pourcentage du salaire annuel moyen), soit en cas de suspension de pension pour cumul de pension et de salaire ou de gain.

2° *Ratione loci*. — La commission compétente est celle du domicile du défendeur ou du siège statutaire de l'organisme défendeur (article 155 du Règlement).

Cette règle comporte quelques exceptions, mais elles sont sans importance en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

II. — *Composition*.

La commission est présidée par un juge de paix du chef-lieu d'arrondissement ou un suppléant du juge de paix, désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel. Elle comprend en outre, comme assesseurs, un employeur et un assuré, et comme greffier le greffier du Tribunal civil (article 36 § 1^{er} du décret-loi).

Les assesseurs sont désignés par le Directeur du Service régional. Ils doivent être pris en dehors des membres des conseils d'administration des caisses primaires dont ils relèvent. Ils ne peuvent être choisis, d'autre part, qu'à la condition de remplir les conditions requises pour être juré (articles 1^{er} et 2 de la loi du 21 novembre 1872 sur le jury) et de n'avoir pas été l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation rendue en application des articles 4 et 27 du Décret-loi (non observation des règles relatives à l'immatriculation, fraude en vue de l'obtention de prestations indues).

Dans la première quinzaine de chaque année le service régional choisit, pour chaque arrondissement, douze em-

ployeurs et douze assurés titulaires, qui sont appelés successivement, dans l'année, à faire partie de la commission. Il choisit également six suppléants destinés à remplacer, le cas échéant, les assesseurs titulaires (article 36 § 2 du Décret-loi).

La mission de chaque assesseur ne dure qu'un mois. La courte durée de cette mission peut présenter des inconvénients dans le cas où la commission aurait commencé l'instruction d'une affaire sans pouvoir statuer sur cette affaire avant la fin du mois et le changement des assesseurs. Le Ministre du Travail avait envisagé la possibilité de renouveler, dans des cas particuliers, la mission des assesseurs, mais il a dû y renoncer à la suite d'un avis du Ministre de la justice estimant que l'article 36 du Décret-loi ne lui en laissait pas la liberté (Circulaire n° 16 du 30 avril 1936).

La composition de la commission n'est pas exempte de toute critique, les assesseurs n'étant très souvent susceptibles de recevoir aucune connaissance ni de bénéficier d'aucune expérience juridiques. Il est vrai que l'intention des auteurs de la législation a été probablement de faire surtout des assesseurs des membres consultatifs capables de faire entendre l'avis patronal et ouvrier, le rôle proprement juridique devant être réservé au juge de paix.

III. — *Procédure.*

La commission est saisie par lettre recommandée adressée à son président, au greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision attaquée (article 36 § 1^{er}).

Ce délai de dix jours ne comptant que dans le cas où une décision est intervenue, il était nécessaire, sous peine de laisser les organismes d'assurance libres de paralyser le

recours, de prévoir le cas où ces organismes garderaient le silence : d'après l'article 156 § 1^{er} du Règlement si le service régional ou l'organisme auquel a été adressée la demande ou la réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la commission ; toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de la demande, le délai de deux mois ne commence à courir qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et, le cas échéant, des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, qui doit être fait sous pli recommandé. A défaut de décision ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties à l'appui de leur recours devant la commission.

La commission se réunit dans les dix jours suivant la réception de la requête. Le greffier convoque les assesseurs sur l'ordre du président, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins huit jours avant l'audience. Tout assesseur titulaire ou suppléant qui, sans donner une excuse légitime, ne répond pas à la convocation, est condamné par le président à une amende de 5 à 10 fr. (article 36 § 2).

Le greffier convoque également les parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quinze jours au moins avant l'audience.

La commission peut ordonner la comparution personnelle des parties ; elle fait tous ses efforts pour les concilier ; en cas de non conciliation elle statue, sans forme de procédure et sans autres frais que les émoluments alloués au greffier.

Le greffier adresse, dans la huitaine, un extrait de la décision à chacune des parties convoquées à l'audience, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (article 156 § 2 du Règlement).

La décision n'est pas susceptible d'opposition, mais elle est toujours susceptible d'appel.

IV. — *Appel.*

Les conditions en sont fixées par l'article 157 § 1^{er} du Règlement.

Chacune des parties intéressées peut interjeter appel de la décision de la commission dans le mois de la réception de la notification. Le délai d'appel est donc actuellement le même que le délai ordinaire d'appel, celui-ci, qui était auparavant de deux mois, ayant été réduit à un mois lors de la dernière réforme de la procédure (article 443 du Code de Procédure civile modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935).

L'appel est porté devant le Tribunal civil. Il est formé par déclaration au greffe de ce tribunal. Il ne peut être valablement fait par lettre recommandée, la déclaration requise nécessitant l'intervention de l'appelant en personne (Trib. Civ. Seine, 27 juin 1934 ; *Gaz. Pal.*, 1934.2.674, sous-note *b* ; Trib. Civ. Bourg, 21 mars 1933 ; *Gaz. Pal.*, 1933.2.164, sous-note *f* ; Ch. Civ., 28 janvier 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.1627). Celui-ci peut toutefois se faire représenter par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale : il faut, dans ce cas, que le pouvoir donné au représentant ait une date certaine antérieure au pourvoi et qu'il soit fait mention de ce pouvoir dans l'acte de déclaration de pourvoi (Ch. Civ., 28 janvier 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.1627 ; Ch. Civ., 4 mars 1936 ; *Gaz. Pal.*, 1936.1.868). En cas d'appel interjeté par une

caisse, seul le représentant légal de cette caisse, tel qu'il est déterminé par ses statuts, a qualité pour faire la déclaration prescrite. Si le représentant légal de la caisse ne peut se présenter lui-même au greffe pour faire la déclaration il doit donc se faire représenter par une autre personne munie d'un pouvoir satisfaisant aux conditions sus-énoncées (Ch. Civ., arrêt précité du 28 janvier 1936).

Pour que l'appel soit recevable la déclaration doit être accompagnée d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et des conclusions de l'appelant auxquels sont jointes, le cas échéant, les pièces justificatives.

Le greffier informe sans délai les autres parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en leur signalant qu'elles peuvent, dans le délai d'un mois, lui faire parvenir un mémoire accompagné ou non de pièces justificatives.

Les parties sont également informées, par lettre recommandée du greffier avec demande d'avis de réception, et quinze jours au moins à l'avance, de la date à laquelle l'affaire sera appelée.

Chaque partie peut prendre connaissance au greffe des mémoires et pièces justificatives produits par les autres parties, sans pouvoir les déplacer.

Le tribunal recourt, le cas échéant, aux mesures d'instruction en usage devant la justice de paix, dans les conditions et suivant les formes admises devant cette juridiction.

L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense de ministère d'avoué, et sans autres frais que les émoluments du greffier. Le jugement est rendu dans le mois qui suit l'expiration du délai d'un mois prévu pour la régularisation de l'appel, sur le rapport d'un juge fait en audience publique, le ministère public entendu.

Il n'y a pas de plaidoirie, mais il est permis aux parties de présenter des observations à l'audience ; celles-ci peuvent d'ailleurs être invitées à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires. En cas d'empêchement dûment justifié de comparaître en personne les parties peuvent se faire représenter, soit par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Lorsque la décision du tribunal a été rendue, le greffier dispose d'un délai de huit jours pour en adresser un extrait, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à chacune des parties en cause.

Celles-ci disposent encore d'une voie de recours, qui est la cassation.

V. — *Pourvoi en cassation.*

Les formalités du pourvoi ont été réglées par l'article 158 du Règlement.

Les parties ont un délai de dix jours à compter de la réception de la notification du jugement du Tribunal civil pour se pourvoir en cassation.

Le pourvoi n'est possible que pour violation de la loi.

Il est formé, comme l'appel, par déclaration faite au greffe du Tribunal civil par le demandeur en personne ou par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale remplissant les mêmes conditions que celle exigée pour l'appel (Ch. Civ. 10 décembre 1934, 3 arrêts, *Gaz. Pal.* 1935.1.99 et 1935.1.135), ou encore par un avocat à la Cour de Cassation.

Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° d'une expédition du jugement attaqué, avec justifica-

tion de la date à laquelle la notification a été reçue par les parties, le tout étant fourni par le greffier ;

2° de l'indication sommaire des moyens de cassation invoqués.

Le demandeur peut, dans le délai d'un mois à compter de l'introduction du pourvoi, faire parvenir au greffe du Tribunal civil un mémoire ampliatif accompagné ou non de pièces justificatives, avec autant de copies qu'il y a de parties en cause ; ces copies sont certifiées conformes par le demandeur sous sa responsabilité.

A l'expiration du délai d'un mois imparti pour la production du mémoire ampliatif, le greffier du Tribunal civil donne avis du pourvoi, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, aux autres parties en cause, et leur adresse une copie certifiée par lui du procès-verbal de déclaration de pourvoi et des moyens de cassation invoqués par le demandeur, ainsi qu'une copie du mémoire ampliatif et des pièces justificatives déposées à l'appui du pourvoi, toutes les copies dont il s'agit étant dispensées des formalités du timbre et de l'enregistrement.

En même temps le greffier informe le défendeur qu'il peut lui faire parvenir un mémoire en défense, accompagné ou non de pièces justificatives. Ce mémoire en défense n'est recevable que dans le délai d'un mois à partir de la date de l'avis de réception de la communication du greffier.

Dès que ce délai est expiré le greffier transmet sans frais au greffier de la Cour de Cassation les pièces produites, en y joignant les avis de réception.

Après la transmission du dossier au greffe de la Cour de Cassation, des mémoires ampliatifs ou en défense peuvent encore être déposés à ce greffe par un avocat à la Cour de Cassation. Ils doivent alors être déposés dans le mois sui-

vant la transmission, exception faite pour les mémoires produits par le Ministre du Travail, qui, aux termes de l'article 37 § 6 du Décret-loi, est recevable à intervenir en tout état de la procédure, et devant toutes les juridictions, pour toutes les affaires relatives à l'application des assurances sociales.

Le ministère d'avocat à la Cour de Cassation n'est pas obligatoire.

Le pourvoi est porté directement devant la Chambre civile qui statue, sans frais ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Les voies de recours précédemment étudiées, qui sont propres à la législation spéciale de l'assurance sociale, ne mettent en jeu aucun principe étranger à cette législation. Mais il va sans dire que l'assurance sociale, en dehors de sa législation propre, évolue dans le cadre général de la législation de droit commun. Or, par application des articles 1.382 et suivants du Code civil, il est possible que la responsabilité d'un accident dont est victime un assuré social soit imputable à un tiers. Cette responsabilité peut, à coup sûr, être mise en cause par l'assuré social lui-même à son profit, mais il est très important de savoir si les caisses d'assurance sociale, tenues du fait de l'accident de verser des prestations à l'assuré, n'ont en aucune manière la prérogative de se substituer à celui-ci dans l'exercice de son action contre le tiers. L'éventualité dont il s'agit offre un intérêt spécial en ce qui concerne l'invalidité, puisque les prestations versées à ce titre sont susceptibles d'atteindre des chiffres relativement très élevés. Aussi est-il indispensable de bien déterminer les moyens que les caisses ont à leur disposition pour le recouvrement de leurs dépenses dans les cas de l'espèce.

CHAPITRE III

Recours contre les tiers.

SECTION I. — L'ACTION PRÉVUE PAR L'ARTICLE 25 § 3 DU DÉCRET-LOI.

Le recours contre les tiers faisait déjà l'objet, dans la loi du 5 avril 1928 modifiée, de l'article 61 :

« Lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, la caisse d'assurances est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure, sous réserve, pour l'assuré ou ses ayants droit, de tous droits de recours en réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun ».

Cet article se trouve reproduit — avec toutefois une modification assez importante due à l'introduction d'une disposition nouvelle tendant à en faciliter l'application — dans l'article 25 §§ 3 et 4 du Décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi conçu :

« § 3. — Lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le rem-

« boursement des dépenses que leur occasionne l'accident
« ou la blessure.

« L'intéressé ou ses ayants droit doivent, lors de l'introduction en instance, indiquer, à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que
« les caisses d'assurances sociales auxquelles celle-ci est ou
« était affiliée pour les divers risques.

« § 4. — Dans le cas visé au paragraphe précédent, l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice
« causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la caisse
« d'assurances sociales ».

Ce texte soulève plusieurs questions :

1° sur le caractère de la nullité prescrite dans le 2° alinéa du § 3 ;

2° sur la nature et la portée de l'action accordée aux caisses d'assurance sociale ;

3° sur ses conditions d'exercice ; enfin

4° sur le point de savoir si l'action dont il s'agit est la seule que les caisses d'assurance sociale puissent exercer.

1° Caractère de la nullité prescrite.

Si l'intéressé (ou, le cas échéant, ses ayants droit) doit indiquer, lors de l'introduction de l'instance, sa qualité d'assuré social, il n'est tenu à aucune déclaration dans le cas où il n'a pas cette qualité (Trib. corr. de Bar-le-Duc, 3 mars 1937, *Gaz. Pal.* 1937.1.947).

D'autre part, il n'est pas nécessaire que la déclaration, lorsqu'elle est exigée, figure dans l'acte introductif d'instance ; il suffit, pour qu'elle soit valable, qu'elle soit faite lors de l'ouverture effective du débat correctionnel, ou, en

matière civile, dans les premières conclusions signifiées par le demandeur (*ibid*).

A défaut de la déclaration requise il y a nullité de la procédure. S'agit-il d'une nullité absolue ou simplement d'une nullité relative ? L'intérêt de la question est appréciable, puisque si la nullité est seulement relative elle ne pourra être invoquée que par les caisses intéressées, alors que si, au contraire, elle est absolue elle pourra être invoquée par toute personne y ayant un intérêt, par le tiers responsable et par l'assuré social comme par les caisses, et être prononcée d'office par le juge dans le cours de la procédure, en tout état de la cause (par conséquent même en appel), si celui-ci a l'occasion de constater qu'elle est encourue.

Le Tribunal correctionnel de Bar-le-Duc, dans son jugement précité du 3 mars 1937, a estimé que ni les caractères particuliers de la procédure criminelle ni le caractère d'ordre public de la législation des assurances sociales ne s'opposaient à l'application de l'article 173 du Code de Procédure Civile (modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935) à l'action civile, pas plus devant la juridiction répressive que devant la juridiction civile ; il a décidé, en conséquence, que le prévenu n'était pas fondé à opposer à la partie civile la nullité tirée de ce que l'acte introductif d'instance ne précisait pas sa situation relativement aux assurances sociales, du moment qu'il ne justifiait d'aucun préjudice subi de ce chef.

La Cour d'Appel d'Orléans a statué dans le même sens par arrêt du 19 avril 1937, tant en considération de l'article 173 du Code de Procédure qu'en raison du but de la nullité qui, selon elle, a été édictée dans l'intérêt purement privé des Caisses d'assurance sociale.

Telle n'est pas la solution admise par la Cour d'Appel

de Grenoble (24 décembre 1936, *Gaz. Pal.* 1937.1.416), ni par la Cour d'Appel de Paris qui, dans un arrêt du 15 février 1937 (Aff. Oustry et Lettermann contre Société Fiat et Société S. I. M. C. A., *Gaz. Pal.* 1937.1.948), a jugé que la nullité pouvait être invoquée pour la première fois en appel, en raison de son caractère d'ordre public.

Les considérants de la Cour de Paris sont très développés sur ce point :

« Considérant que le décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des assurances sociales, impose dans son art. 25 § 3, à tout assuré social, victime d'un accident imputable à un tiers, d'indiquer, à peine de nullité, lors de l'introduction de son instance, sa qualité d'assuré social ainsi que les caisses d'assurances sociales auxquelles il était affilié pour les divers risques ; que ce décret-loi précise en même temps que ces dispositions seront applicables à partir du 1^{er} janvier 1936 ;

« Considérant que les prescriptions de ce décret-loi ont pour but d'empêcher que des assurés sociaux, victimes d'accidents de droit commun, puissent engager des procédures contre des tiers responsables, sans que les caisses intéressées en soient avisées et n'aient été à même d'intervenir ; que les dites prescriptions ayant pour but d'assurer le fonctionnement régulier de la loi et de veiller à la défense des intérêts de l'Etat, constituent une règle d'ordre public, sanctionnée par une nullité pouvant être soulevée en tout état de cause, et notamment pour la première fois devant la Cour d'Appel ;

« Considérant qu'au cours des débats devant la Cour d'Appel Oustry et Lettermann ont reconnu qu'ils étaient assurés sociaux comme employés de la Société S.I.M.C.A. et que s'étant constitués parties civiles le 18 janvier 1936,

« c'est-à-dire postérieurement au jour où sont devenues applicables les dites prescriptions, ils n'avaient pas déclaré leur qualité d'assurés sociaux, lors de l'introduction de leurs instances, qu'ils ont ainsi contrevenu aux prescriptions de l'art. 25 § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 ; qu'il y a lieu de déclarer nulles leurs interventions en qualité de parties civiles, tout en leur réservant, en conformité du § 4 du même article, contre le tiers responsable, tout droit de recours en réparation du préjudice causé, exception faite toutefois en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales ;

« Par ces motifs... »

Ce raisonnement, si peu équitable que puisse être parfois sa rigueur envers les assurés sociaux, semble juridiquement inattaquable et il est vraisemblable qu'il sera confirmé par la jurisprudence ultérieure.

Il convient de noter, d'ailleurs, que l'article 173 modifié du Code de Procédure Civile dont fait état le Tribunal Correctionnel de Bar-le-Duc ne vise que la nullité des actes de procédure ; il serait applicable, en la circonstance, si la nullité invoquée était celle de l'acte introductif d'instance, mais ce n'est pas le cas : il ne s'agit pas d'une nullité d'acte, mais d'une nullité de procédure, et la validité juridique intrinsèque de l'acte introductif d'instance n'empêche pas la procédure d'être viciée du fait de la non-satisfaction d'une condition d'ordre public.

Dans le cas où l'assuré social a régulièrement indiqué sa qualité lors de l'introduction de l'instance et où la procédure, par suite, ne saurait être arguée de nullité, de nouvelles difficultés surgissent au sujet du caractère véritable

de l'action accordée aux caisses d'assurance sociale intéressées.

2° Nature et portée de l'action instituée par l'article 25 § 3.

Au premier abord l'article 25 paraît très clair : les caisses d'assurance sociale sont subrogées de plein droit à l'assuré social ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure, c'est-à-dire qu'elles vont pouvoir, en vertu de la subrogation légale qui leur est ainsi reconnue, se faire régler le montant total de leurs dépenses sur la somme dont le tiers va être reconnu responsable envers l'assuré social, abstraction faite de toute considération relative au quantum de responsabilité respective de l'assuré social et du tiers ; d'autre part, l'article 25, après avoir indiqué que la subrogation a lieu seulement pour le remboursement des dépenses occasionnées par l'accident ou la blessure, précise que l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses des caisses d'assurances sociales : à défaut de cette précision en effet il aurait pu être admis que les caisses, subrogées dans l'action de l'intéressé, avaient seules le droit, du fait du versement des prestations, d'engager l'action, et pouvaient se faire attribuer le montant total des condamnations pécuniaires prononcées contre le tiers, même si ces condamnations correspondaient à une somme supérieure à leurs dépenses, sous réserve d'un règlement ultérieur avec l'assuré social.

Tel n'est pas cependant le sens donné par certaines décisions judiciaires aux dispositions de l'article 25. En effet

le Tribunal Civil de Dax et le Tribunal correctionnel de Quimper, ayant eu à statuer sur l'intervention d'une caisse d'assurance sociale dans le cas où la responsabilité du tiers n'était que partielle, ont fait subir à la demande de cette caisse une réduction proportionnelle au quantum de la responsabilité de la victime :

« ... Attendu que compte tenu de la gravité des fautes
« respectivement commises il y a lieu de décider que la
« responsabilité de l'accident doit être partagée dans la
« proportion des 3/4 à la charge de la victime et d'un quart
« à celle de l'automobiliste...

« Attendu qu'il y a lieu de faire droit à la demande de
« la Caisse des Assurances Sociales, en réduisant toutefois
« le remboursement de ses frais dans la proportion des 3/4,
« part de responsabilité incombant à la victime...

« Par ces motifs...

« Condamne... Pouymayou à payer à la Caisse Départe-
« mentale des Assurances Sociales du département des
« Landes, agissant comme subrogée de plein droit aux
« ayants-droit de l'intéressé, le quart des sommes déboursées à la suite de l'accident, soit... ».

(Trib. Civ. de Dax, 29 avril 1937 Aff Brocas C/ Pouymayou).

Par jugement rendu le 17 février 1937 dans une affaire Poupon contre Quiniou le Tribunal Correctionnel de Quimper, décernant 1/3 de responsabilité au prévenu, a accordé à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, partie intervenante, le tiers seulement du capital versé à la veuve de l'assuré social victime de l'accident. Ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour d'Appel de Rennes (Chambre des appels de police correctionnelle) du 21 avril 1937.

La même solution avait été précédemment admise par la Cour d'Appel de Bordeaux dans un arrêt du 3 juin 1935.

Ces décisions, tout en reconnaissant qu'il y avait subrogation, se sont refusées à tirer de cette subrogation ses conséquences normales. Le raisonnement dont elles procèdent revient à ceci, que la caisse d'assurance sociale exerce non pas l'action de l'assuré, action en réparation du préjudice subi par celui-ci, mais une action distincte qui lui est propre, action en réparation du préjudice subi par elle. Suivant ce raisonnement l'art. 25 § 3 fractionnerait l'action de l'assuré en deux actions différentes subissant la même destinée, l'une au profit de l'assuré et l'autre au profit de la caisse ; la subrogation se ramènerait donc à un transfert légal d'une partie de l'action de l'assuré à la caisse, qui serait ainsi co-créancière de cet assuré à l'encontre du tiers responsable.

Bien que ces décisions aient été rendues dans des affaires de capital-décès ou de prestations-maladie, pour lesquelles les sommes en jeu étaient peu élevées en comparaison des dépenses susceptibles d'être occasionnées par le service d'une pension d'invalidité, il n'est pas douteux qu'en raison de l'unité de texte l'identité de solution ne s'impose pour le cas de l'invalidité, sous peine d'incohérence de doctrine. Ainsi apparaît la nécessité de porter un jugement de valeur sur les décisions dont il s'agit et d'apprécier si elles ont fait de l'article 25 une application juridiquement exacte.

En l'absence d'indications utiles dans le Rapport au Président de la République qui précède le décret-loi du 28 octobre 1935 l'intention des rédacteurs de l'article 25 doit être recherchée dans les travaux préparatoires de la loi du 5 avril

1928, l'article 25 n'étant que la reproduction, à un détail près, de l'article 61 de cette loi. Or, à défaut de renseignements résultant des débats parlementaires, l'article 61 ayant été adopté sans discussion tant à la Chambre qu'au Sénat, il semble qu'il n'y ait qu'un seul élément de nature à éclaircir le sujet, mais c'est un élément d'importance : dans son rapport au Sénat du 8 juillet 1925 M. le Docteur Chauveau, se livrant à un commentaire des articles du projet, écrivait textuellement :

« L'article 61 vise l'accident ou la blessure imputable à
« un tiers et ne rentrant pas dans les cas régis par les dis-
« positions législatives applicables aux accidents du travail.
« La Caisse a un recours contre les auteurs responsables
« d'accidents ayant donné lieu à l'allocation d'indemnités
« prévues par la loi. Ce recours, *identique à celui institué*
« *par l'article 7 de la loi du 9 avril 1898*, sera exercé par
« voie d'action principale ou d'intervention devant la juri-
« diction de droit commun ».

La Commission de l'Hygiène du Sénat, dont M. Chauveau était le rapporteur, et le Parlement lui-même en votant sans discussion le texte proposé, ont donc entendu établir un rapprochement entre le recours des caisses d'assurance sociale et le recours défini ainsi qu'il suit par l'article 7 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 22 mars 1902 :

« Indépendamment de l'action résultant de la présente
« loi, la victime ou ses représentants conservent contre les
« auteurs de l'accident, autres que le patron et ses ouvriers
« et préposés, le droit de réclamer la réparation du préju-
« dice causé, conformément aux règles du droit commun
« (al. 1^{er}).

« L'indemnité qui leur sera allouée exonérera à due con-

« concurrence le chef de l'entreprise des obligations mises à sa charge... (al. 2) (1).

« ... Cette action contre les tiers responsables pourra « même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques « et périls, au lieu et place de la victime ou de ses ayants « droit si ceux-ci négligent d'en faire usage (al. 4) ».

Or la portée de ce dernier recours est déterminée d'une façon très précise par une jurisprudence bien établie.

Le chef d'entreprise ne peut se prévaloir de l'article 7 pour obtenir à son profit la réparation intégrale du préjudice subi par l'employé victime ; les dommages-intérêts auxquels il peut prétendre sont limités au montant des indemnités dont il est légalement redevable envers son employé (Civ. 4 mai 1925 D. H. 1925.431 et D. P. 26.1.53, avec dissertation contraire de M. Hubert de la Massue). Mais la réparation obtenue par la victime à l'encontre du tiers responsable, compte non tenu des indemnités à elle versées par le chef d'entreprise, a pour effet d'exonérer celui-ci soit complètement, soit jusqu'à due concurrence, suivant le chiffre qu'elle atteint (Répertoire Pratique Dalloz, Accidents du Travail, n° 243 et supplément ; Civ. 7 juillet 1909 ; D. P. 1910.1.459 ; 16 mai 1911 ; D. P. 1911.5.61 ; Conseil d'Etat, 21 novembre 1924. D. H. 1925.9 ; Civ. 15 mai 1934. *Gaz. Pal.* 1934.2.161 ; 26 décembre 1934. *Gaz. Pal.* 1935.1.281 et la note).

D'autre part la disposition suivant laquelle l'indemnité allouée à la victime ou à ses représentants exonère à due concurrence le chef d'entreprise des obligations mises à sa

(1) Aucune exonération de ce genre n'a été prévue par la législation des Assurances Sociales. Les caisses-invalidité ne sauraient donc en aucun cas se dispenser de servir la pension due, même avec l'accord de l'assuré. Celui-ci ne peut en effet renoncer valablement à la pension, du moins dans la mesure où elle est incessible et insaisissable (2,400 fr.).

charge est une disposition formelle et impérative qui ne laisse au juge aucun pouvoir d'appréciation pour en limiter les effets, alors même que, par suite de la faute commune de l'auteur et de la victime de l'accident, il y a partage de responsabilité et que l'indemnité de droit commun n'est pas la réparation intégrale du préjudice ; en conséquence le chef d'entreprise a toujours droit à une exonération totale, dans la mesure où le permet l'indemnité à laquelle est condamné le tiers responsable, sans avoir à supporter une partie des indemnités forfaitaires de la loi du 9 avril 1898 sous le prétexte que la victime était responsable pour partie de l'accident (Civ. 30 octobre 1918 ; D. P. 1920.1.120 ; 30 novembre 1936. *Gaz. Pal.* 1937.1.163 ; 19 avril 1937. *Gaz. Pal.* 1937.2.211 ; Crim. 17 juillet 1931. D. H. 1931.446 ; 17 octobre 1935. *Gaz. Pal.* 1935.2.755 ; 22 janvier 1937. *Gaz. Pal.* 1937.1.626 ; 3 août 1937. *Gaz. Pal.* du 24 novembre 1937 ; Trib. corr. Seine, 2 février 1937. *Gaz. Pal.* 1937.1.866 ; Cons. d'Et. 18 juillet 1930. *Gaz. Pal.* 1930.2.691).

La nature de l'action résultant de l'article 7 de la loi sur les accidents du travail a pu être discutée. Dans une note parue dans le *Dalloz Périodique* (26.1.53), sous l'arrêt de la Chambre civile du 4 mai 1925 précité, M. Hubert de la Massüe, critiquant l'idée de subrogation légale admise par M. Sachet (Traité de législation sur les Accidents du Travail, 6^e éd. T. I. n° 770, p. 463), par MM. Baudry-Lacantinerie et Wahl (Du louage, 3^e éd. T. II, n° 2.518, p. 406) et par M. Teissier dans des conclusions devant le Conseil d'Etat (22 mai 1908. D. P. 1910.3.9), arrivait, en partant d'une opinion toute personnelle (contraire d'ailleurs à la jurisprudence) suivant laquelle le chef d'entreprise aurait le droit d'obtenir du tiers responsable non seulement le montant des indemnités forfaitaires versées par lui à la

victime, mais bien le montant total du préjudice causé à celle-ci, arrivait à cette conclusion que l'action ne pouvait être que l'action de gestion d'affaires, ou, mieux, l'action dérivant de l'article 1197 du Code civil (solidarité entre créanciers).

Sans entrer dans le détail de la discussion il est bon de noter que gestion d'affaires et subrogation ne sont pas du tout exclusives l'une de l'autre, la subrogation s'accompagnant souvent de l'action de gestion d'affaires. (Traité élémentaire de Droit Civil de Planiol et Ripert, éd. 1931, T. II n° 475). Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne les caisses d'assurance sociale l'élément de spontanéité qui caractérise la gestion d'affaires n'existe certainement pas. Quant à la solidarité entre créanciers, elle ne saurait être prise en considération, l'article 25 limitant le recours des caisses au montant de leurs dépenses, généralement différent du chiffre de la créance appartenant à la victime contre le tiers. Pour la même raison aucun rapprochement n'est possible avec le cas des clauses de subrogation conventionnelle incluses dans des contrats d'assurance ordinaire, la jurisprudence admettant d'une façon générale qu'il s'agit alors d'une cession de créance pure et simple.

L'article 25 stipule expressément que les caisses d'assurance sociale sont *subrogées* de plein droit dans l'action de la victime : il n'y a donc aucune raison, *à priori*, de supposer que cet article établit autre chose qu'une subrogation légale, à moins que des motifs tirés de la portée qui doit lui être reconnue ne soient en opposition avec la notion de subrogation.

Il est donc nécessaire de préciser cette notion, qui, envisagée dans ses causes, est double, selon qu'elle procède de la loi ou d'une convention. « Il y a cette différence entre la

« subrogation légale et la subrogation conventionnelle, que
« celle-ci est introduite dans l'intérêt du débiteur, tandis
« que la subrogation légale, fondée sur une considération
« d'équité, est introduite dans l'intérêt de ceux qui payent ».
(Dalloz. Code civil annoté, article 1.251, n° 5). Malgré cette
différence « d'intention » la notion de subrogation est une,
en ce sens que, « conventionnelle ou légale, la subrogation
« produit toujours les mêmes effets » (Traité élémentaire
de Droit civil de Planiol et Ripert, éd. 1931, t. II, n° 505).
Elle relève, par suite, d'une définition unique : « La subro-
« gation personnelle, dans l'acception la plus étendue de
« cette expression, consiste dans la substitution d'un tiers
« à un créancier, opérée par une cause juridique quelcon-
« que, en vue de permettre au tiers d'exercer, pour son
« propre compte, tout ou partie des droits ou actions qui
« appartenaient au créancier... » (Répertoire Pratique Dal-
loz, Obligations, n° 750). Elle est une transmission de
créance (avec les droits et garanties accessoires) par substi-
tution de créancier ; et, instituée seulement pour assurer
le recours du subrogé et lui permettre de « rentrer dans
ses fonds », elle est limitée au montant des sommes déboursées (V. Traité de Planiol précité, n° 511).

Or il n'y a dans cette définition rien de contraire au prin-
cipe du recours prévu par l'article 25 qui, institué dans
l'intérêt des caisses (qui payent), opère, du fait de son ca-
ractère légal (cause juridique), la substitution des caisses
(tiers) à l'assuré (créancier), en vue de leur permettre d'exer-
cer, pour leur propre compte, tout ou partie des droits et
actions de cet assuré, dans la mesure des sommes déboursées.

La question de la nature du recours, dans ces conditions,

ne semble pouvoir être résolue que dans le cadre de la théorie générale de la subrogation.

Puisque le texte réserve à l'assuré tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses des caisses d'assurances sociales, c'est que les dépenses de ces caisses doivent être considérées comme venant en déduction des dommages-intérêts qu'il peut demander au tiers. Or cela est tout à fait conforme aux principes du droit commun : d'après le droit commun, en effet, l'assuré n'a droit qu'à une seule réparation, celle du préjudice subi par lui du fait du tiers, tel qu'il est déterminé souverainement par les juges. Si une personne quelconque, spontanément, ou en vertu d'une cause juridique qui l'y oblige, verse à l'assuré le montant, ou une partie du montant auquel ce préjudice a été évalué, elle va bénéficier à l'encontre du tiers, suivant le cas, d'une subrogation totale ou partielle. De même si une caisse, et, de façon plus précise, si la caisse d'affiliation de l'assuré verse à celui-ci, en vertu d'une cause juridique qui est en la circonstance un texte spécial ayant force de loi, une certaine somme qu'elle n'a pas à verser d'après le droit commun, cette somme, au regard du droit commun, va être considérée comme ayant été avancée pour le compte du tiers ; elle va, par suite, être imputée sur le paiement à faire par celui-ci et comporter à son encontre une subrogation totale ou partielle en faveur de la caisse, à concurrence des dépenses effectuées, ou engagées par elle (1).

Cette conception se trouve corroborée par l'article 89 § 2 du Règlement, suivant lequel : « Dans les cas visés à l'ar-

(1) En matière de pension d'invalidité les dépenses des caisses sont représentées par le capital constitutif de la pension, qui constitue l'évaluation actuelle de la charge incombant aux caisses ou du préjudice subi par elles.

« ticle 25, paragraphes 3 à 5, du décret-loi du 28 octobre
« 1935, le tiers reconnu responsable doit rembourser à la
« caisse à laquelle est affiliée la victime, outre les diverses
« prestations avancées, les cotisations versées au titre de
« l'article 7, § 5, dudit décret-loi et les frais exposés, dont
« le montant sera fixé par le jugement intervenu, dans la
« mesure de la responsabilité encourue par le tiers ». Abstraction faite de toute considération relative au sens exact de l'expression « dans la mesure de la responsabilité encourue par le tiers » qui ne paraît devoir s'appliquer qu'à la détermination des frais, il résulte en effet de cet article que les prestations ne doivent être considérées que comme une avance sur l'indemnité due à l'assuré par le tiers responsable.

D'autre part, à l'appui de la thèse de la subrogation on peut citer les trois arguments suivants :

1° Si la caisse avait une action directe contre le tiers responsable elle pourrait l'exercer à n'importe quel moment, même après l'exécution par le tiers responsable d'un jugement l'ayant condamné envers l'assuré à la réparation intégrale du préjudice causé à celui-ci.

Or cette conséquence serait difficilement admissible, le tiers ne pouvant être condamné, sur la base de l'article 25 § 3, à la réparation d'un préjudice supérieur au préjudice causé par lui à l'assuré (Voir cependant en sens contraire un jugement du Tribunal de paix du IX^e arrondissement de Paris du 14 juin 1935).

Doit, à ce sujet, être approuvé le jugement du Tribunal de Commerce du Havre du 27 avril 1937 (*Gaz. Pal.* 20 octobre 1937) qui, faisant une application de la règle suivant laquelle le subrogé ne peut avoir plus de droits que la personne à laquelle il est subrogé, a admis qu'une caisse

d'assurance sociale n'est plus fondée à agir, *sur la base de l'article 61 de la loi du 5 avril 1928 modifiée*, contre le tiers responsable qui a acquitté intégralement sa dette en vertu d'une décision de justice, attendu notamment « qu'il est « de jurisprudence constante que la subrogation légale ne « peut avoir d'effet vis-à-vis du débiteur que si ce dernier « a profité du paiement effectué par le tiers ; que le législateur n'impose pas au tiers responsable l'obligation de « réserver le remboursement de la caisse ; que dès lors le « débiteur qui a été contraint à s'acquitter par une décision « de justice ne peut être ultérieurement recherché par la « caisse ; que décider autrement serait attribuer un sens « nouveau au terme « subrogation », sens qu'il ne peut « avoir en l'absence d'une disposition formelle du législateur » (V. également Tribunal Palix Grenoble, 8 mai 1934, *Gaz. Pal.* 1934-2-608, sous note *b*).

2° En pratique il peut arriver assez souvent qu'une procédure soit faite par l'assuré contre le tiers responsable sans que la caisse en soit avisée. Le tribunal n'a pas à réserver les droits de la caisse, puisqu'il n'est saisi d'aucune demande de la part de celle-ci et n'est d'ailleurs pas en mesure de faire l'évaluation de ces droits. Or d'après la théorie de l'action directe l'action en réparation du préjudice subi par l'assuré (A) se subdivise en deux autres actions : l'une au profit de l'assuré (B), l'autre au profit de la caisse (C), de telle sorte que $A = B + C$. Si donc le tribunal prononce au profit de l'assuré la réparation intégrale du préjudice il admet par là même que l'action directe de la caisse est nulle (B étant égal à A, C est égal à 0).

3° Il résulte du compte rendu de la 169^e séance d'études du Comité judiciaire de Législation paru dans la *Gazette du Palais* des 9 et 10 janvier 1938 que la conception admise

par ce comité est bien celle de la subrogation, puisqu'il a adopté une proposition tendant au remplacement de cette « subrogation » des caisses aux droits de l'assuré par une action propre quant au remboursement de leurs dépenses, avec prescription de un an, « pour garantir les dites caisses « contre les procédés de certains assurés sociaux, traitant « par exemple à l'amiable avec l'auteur de l'accident sans « se préoccuper des frais avancés par les caisses, ou, mieux « encore, poursuivant une action en dommages-intérêts et « touchant une seconde fois ce qui avait été déjà déboursé « par les dites caisses ».

Il s'agit donc bien d'un véritable cas de subrogation légale, et il n'y a, en réalité, qu'une seule action, celle de l'assuré, étant entendu que l'exercice de cette action appartient indistinctement à plusieurs bénéficiaires : l'assuré et les caisses (Jugé pareillement, en ce qui concerne les accidents du travail, que l'action du patron n'est autre que celle de l'ouvrier lui-même. (Req. 11 mars 1929. D. H. 1929-202).

Ainsi la conclusion qui se dégage tant des travaux préparatoires de la loi du 5 avril 1928 et de la jurisprudence sur les accidents du travail que de la nature de l'action, c'est que les caisses d'assurance sociale tiennent de l'article 25 § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 le droit au remboursement intégral de leurs dépenses, dans la mesure où ces dépenses n'excèdent pas le montant des condamnations prononcées contre le tiers. A supposer le cas d'un assuré social attributaire d'une pension d'invalidité dont le capital de couverture, augmenté des frais de médecine et de pharmacie, s'élève à 20.000 fr., qui obtienne une décision répartissant la responsabilité de l'accident à raison de moitié pour lui-même et de moitié pour le tiers et condamnant

celui-ci au versement d'un capital de 40.000 fr., la caisse d'invalidité à qui incombe le service de la pension doit avoir le droit de prélever sur ce capital non pas seulement une part proportionnelle à la part de responsabilité du tiers dans l'accident, soit en la circonstance 10.000 fr., mais le montant intégral de ses dépenses (à l'exclusion toutefois des frais administratifs nécessités par l'ouverture d'un dossier. Trib. de Paix de Paris (9^e arr.), 12 octobre 1937. *Gaz. Pal.* 30 novembre 1937), soit 20.000 fr.

Aussi doit être approuvé le jugement rendu le 4 novembre 1937 par le Tribunal correctionnel de Grenoble qui, dans une affaire Falcoz c/ Cogné, a attribué à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse le montant intégral des sommes déboursées par elle, bien qu'il n'ait admis la responsabilité du tiers qu'à concurrence des trois quarts.

La solution contraire, au surplus, est illogique, puisqu'elle aboutit, en dernière analyse, à infliger à l'assuré une pénalité d'autant plus forte que sa faute dans l'accident est moins lourde ; en effet, à supposer que la responsabilité de l'assuré soit du quart, l'indemnité qu'il reçoit du tiers responsable est réduite des trois quarts du montant des dépenses de la caisse, alors que si sa responsabilité est des trois quarts l'indemnité qu'il reçoit n'est réduite que du quart du montant de ces dépenses.

Il ne sera pas sans intérêt de suivre le développement de la jurisprudence sur ce point. Tout laisse supposer que la Cour de Cassation, lorsqu'elle se trouvera saisie, confirmera sa jurisprudence relative aux accidents du travail et mettra un terme aux errements signalés plus haut.

3^e Conditions d'exercice.

Comme l'indiquait M. le Docteur Chauveau dans son rap-

port au Sénat, le recours va pouvoir être exercé par voie d'action principale ou d'intervention : si l'assuré s'abstient de poursuivre le tiers, les caisses pourront engager elles-mêmes l'action ; à plus forte raison pourront-elles intervenir à l'instance, si cette instance est déjà engagée par l'assuré. Pour le cas où les caisses auraient engagé l'action avant l'assuré, et où celui-ci émettrait ensuite la prétention de l'engager lui-même, il convient d'admettre, comme l'ont fait la Chambre civile (5 mars 1919, D. P. 1920-1-120) et la Chambre des Requêtes dans l'arrêt du 11 mars 1929 précité en ce qui concerne les accidents du travail, que les caisses doivent se désister, sauf à intervenir ensuite.

D'autre part, conformément toujours à la solution adoptée pour les accidents du travail, les caisses sont fondées à intervenir devant toutes les juridictions (V. Civ. 22 juillet 1926, D. H. 1926-417 ; et Req. 11 mars 1929 précité), et à entreprendre, par toutes voies ouvertes à l'assuré, les décisions rendues après leur intervention, alors même que la victime ou ses ayants droit n'usent pas de ces voies de recours (V. Civ. 22 juillet 1926 précité). Elles disposent donc, notamment, de la voie de l'appel, dans le cas où l'assuré s'abstiendrait d'en user lui-même.

Il reste à savoir si, dans le cas où elles ne sont pas intervenues en première instance, elles peuvent intervenir en appel. L'intérêt dont elles sont en mesure de justifier est suffisant pour leur permettre, en matière civile, de faire tierce opposition et, par suite, en vertu de l'article 466 du Code de procédure civile, d'intervenir pour la première fois en appel.

En revanche, par arrêt du 13 mai 1935 (*Gaz. Pal.* 1935-2-70), la Cour d'Appel de Paris a décidé qu'aucun texte n'autorisait les caisses à intervenir pour la première fois

en appel dans une instance correctionnelle. Cet arrêt n'est qu'une application d'une théorie plus large sanctionnée antérieurement par la Cour de Cassation, suivant laquelle l'intervention, comme la tierce opposition (Colmar 17 juin 1932, *Gaz. Pal.* 1933-Table), n'est pas possible pour la première fois en appel en matière répressive :

« Mais sur le... moyen pris de la violation des articles 67 « et 202 du Code d'instruction criminelle, de la règle du « double degré de juridiction et des droits de la défense, en « ce que l'arrêt attaqué a admis une partie civile à inter- « venir pour la première fois en appel :

« Attendu que la règle du double degré de juridiction « ne permet pas à la partie lésée qui ne s'est pas portée « partie civile en première instance de prendre cette qua- « lité pour la première fois en appel... » (Crim. 31 mars 1931, *Gaz. Pal.* 1931-2-10) (1).

Lorsqu'une caisse exerce l'action elle demande le remboursement des dépenses qui lui sont occasionnées. Mais ce montant n'est pas toujours déterminé. Il en est ainsi notamment dans le cas où une caisse, après avoir accordé une pension, l'a suspendue avant l'engagement de l'instance. Dans ce cas, en effet, la pension peut se trouver rétablie dans l'avenir, comme elle peut ne jamais plus être servie. Il semble que la caisse, dans ces conditions, ne puisse recevoir aucune réparation, le préjudice subi par elle n'étant ni actuel, ni certain. Mais rien ne paraît s'opposer, en raison du caractère d'ordre public de l'institution, à ce que la caisse puisse obtenir une mesure conservatoire telle que la consignation d'un titre de rente sur l'Etat dont l'assuré per-

(1) La Chambre Criminelle a expressément confirmé en matière d'assurance sociale cette jurisprudence générale (arrêt récent du 3 décembre 1937. *Gaz. Pal.*, 19 janvier 1938).

cevrait les arrérages et qu'elle pourrait s'approprier, en vertu du jugement, en cas de rétablissement de la pension.

Après l'exercice de l'action par l'assuré et l'exécution d'un jugement rendu à son profit sans l'intervention de la caisse, celle-ci n'a plus aucun recours en vertu de l'article 25. Il n'en est pas de même tant que le jugement rendu n'est pas encore exécuté. Dans cette hypothèse, en effet, la caisse peut se retourner contre le tiers et mettre empêchement à l'exécution de la décision : elle n'a pas, en la circonstance, à suivre la procédure de saisie-arrêt, puisqu'elle ne saurait se prétendre créancière de l'assuré ; il suffit que, par une simple défense de payer, elle porte à la connaissance du tiers responsable qu'à concurrence du montant de ses dépenses il est devenu son débiteur direct et s'exposerait à faire un faux paiement en versant à l'assuré la somme équivalente.

D'autre part, des mesures ont été prises pour sauvegarder l'exercice de l'action au profit des caisses dans l'hypothèse où un règlement amiable serait intervenu entre l'assuré et le tiers responsable à l'insu des caisses. D'après l'article 25 § 5 un tel règlement amiable n'est opposable aux caisses que si elles ont été invitées à y participer par lettre recommandée, et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Le Comité judiciaire de Législation a, dans sa séance d'études précitée, proposé d'étendre au règlement judiciaire la précaution édictée en ce qui concerne le règlement amiable et de remanier le paragraphe 5 de l'article 25 de la façon suivante :

« Le règlement pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré, qu'il s'agisse d'un règlement amiable ou après décision judiciaire, ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer

« par lettre recommandée qui devra mentionner les nom,
« prénoms et adresse ainsi que le numéro d'immatricula-
« tion de l'assuré. Il ne deviendra définitif que quinze jours
« après l'envoi de cette lettre recommandée ».

Le grand danger pour les caisses, c'est que l'assuré exerce son action contre le tiers responsable à leur insu, et à cet égard la nouvelle rédaction ainsi proposée serait de nature à apporter une amélioration certaine ; mais elle ne serait pas encore suffisante pour assurer dans tous les cas une sauvegarde complète des intérêts des caisses ; en effet, comme l'action qu'elles tiennent de l'article 25 est la même que celle de l'assuré elles risquent de se voir opposer les exceptions opposables à ce dernier ; d'autre part, en raison des procédés spéciaux d'évaluation du préjudice subi par elles, il n'est pas impossible que ce préjudice soit supérieur au préjudice subi par l'assuré. Pour ces diverses raisons, il serait du plus haut intérêt pour elles de pouvoir exercer, non plus sur la base de l'article 25, mais sur la base du droit commun, une action directe contre le tiers responsable.

SECTION II. — RECOURS DE DROIT COMMUN.

Le principe d'un recours fondé sur les articles 1382 et suivants du Code civil au profit des caisses d'assurance sociale en leur nom propre, et en leur seule qualité d'organismes lésés du fait d'un délit ou d'un quasi-délit commis par un tiers, est susceptible de donner lieu à controverse.

A cet égard un rapprochement s'impose avec le cas d'un recours possible d'une administration ou d'une compagnie concessionnaire d'un service public contre l'auteur d'un accident l'obligeant à verser prématurément une retraite ou une pension. Or il y a sur ce point opposition entre la jurisprudence de la Chambre des Requêtes et de la Chambre

civile d'une part, et celle de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation d'autre part. La Chambre des Requêtes et la Chambre civile, considérant que l'événement a pour effet de substituer une dette immédiatement exigible à une obligation simplement conditionnelle et qu'en conséquence il existe un préjudice dont la cause directe est l'accident, accorde le recours contre le tiers, à la condition qu'il soit constaté par les juges du fond que cette substitution a eu pour effet de rendre plus onéreuses les obligations de l'administration ou de la compagnie concessionnaire (Civ. 14 janvier 1924, *D. P.* 1925.1.96 ; 14 mars 1934, *Gaz. Pal.* 1934.1.730 ; 3 mars 1935, *Gaz. Pal.* 1935.2.57 ; 22 juin 1936, *Gaz. Pal.* 18 septembre 1936. — Req. 17 octobre 1934, *Gaz. Pal.* 1934.2.731 ; 2 juillet 1935, *Gaz. Pal.* 1935.2.611), abstraction faite de toute considération relative à la possibilité d'une action récursoire du tiers contre la victime admise par la Cour d'Appel de Montpellier dans un arrêt du 5 mai 1937 (*D. H.* 18 novembre 1937).

Au contraire, la Chambre Criminelle se refuse à admettre le recours, considérant que le dommage causé découle directement, non de la faute du tiers, mais des effets d'une convention particulière ou de la loi qui a institué et organisé le droit à pension, en sorte qu'il n'existe aucun lien de causalité entre la faute et le préjudice (Crim. 21 novembre 1931, *Gaz. Pal.* 1932.1.31 ; 4 mai 1933, *Gaz. Pal.* 1933.1.982 ; 19 mai 1933, *Gaz. Pal.* 1933.2.201 ; 28 juillet 1933, *Gaz. Pal.* 1934.1.732, sous note *a*).

La Cour d'Appel de Colmar, conformément à cette dernière jurisprudence, a jugé plus récemment, dans un arrêt fortement motivé, que l'on ne peut imposer à un tiers la réparation d'un dommage résultant d'un contrat « res inter alios acta », la cause prépondérante et immédiate du dom-

mage restant toujours le libre consentement des parties contractantes, qui a rendu les obligations de l'une plus onéreuses en cas de mort prématurée de l'autre (28 janvier 1936. *Gaz. Pal.* 18 septembre 1936, sous note).

Les solutions contradictoires ainsi rendues paraissent devoir être étendues, par assimilation, aux rapports entre les caisses d'assurance sociale et les tiers responsables, la relation entre l'accident et le dommage étant identique. Deux arguments pourraient toutefois être envisagés contre cette extension :

Le premier, c'est que la Chambre Civile se refuse à assimiler « les obligations de l'Etat envers ses agents ou leurs « ayants droit à celles dérivant du jeu normal des risques « prévus, évalués et acceptés par les parties dans un contrat « d'assurance » (arrêt du 14 mars 1934 précité) ; — mais les rapports des assurés sociaux et des caisses d'assurance sociale ne sont pas du tout les mêmes que les rapports des assurés ordinaires avec leurs compagnies d'assurances ; ils ne résultent, en effet, ni d'un contrat, ni même d'un acte-condition, mais d'une loi dont les dispositions sont d'ordre public, et à l'application de laquelle les parties ne peuvent se soustraire.

Le deuxième consisterait à soutenir que les cotisations versées aux caisses d'assurance sociale étant précisément destinées à la couverture des risques — risques qui, en ce qui concerne l'assurance-invalidité, sont, en principe, évalués d'après des tables tenant compte de la probabilité d'entrée en invalidité et de la mortalité des invalides, — quelle que soit la cause de réalisation de ces risques, les caisses ne subissent aucun dommage et ne sont nullement fondées, en conséquence, à demander la réparation d'un préjudice qu'elles ne subissent pas ; — mais l'existence du préjudice

est évidente, puisque sans la survenance de l'accident les caisses n'auraient pas à verser de prestations et qu'ainsi l'accident a pour conséquence, à leur égard, « de substituer une dette immédiatement exigible à l'obligation simplement conditionnelle existant auparavant ».

Dans ces conditions, il semble que la solution à admettre soit la même qu'en ce qui concerne les rapports de l'administration et de ses agents, et suivant que prévaudrait la jurisprudence de la Chambre criminelle ou celle de la Chambre des Requêtes et de la Chambre civile les caisses d'assurance sociale seraient en droit d'exercer : ou bien la seule action en subrogation établie par l'article 25 § 3 du Décret-loi, action de l'assuré en réparation, à leur profit, du préjudice subi par celui-ci, ou bien, en dehors de cette action, une deuxième action, personnelle et directe, en réparation du préjudice subi par elles, abstraction faite du préjudice subi par l'assuré.

L'extension de la jurisprudence de la Chambre des Requêtes et de la Chambre civile au profit des caisses d'assurance sociale serait seule de nature à sauvegarder efficacement les droits de ces dernières. Cette extension se justifie parfaitement en droit. L'article 25 du Décret-loi ne saurait de lui-même exclure la possibilité d'une action directe : d'abord l'exception de chose jugée ne peut être opposée, du chef de cet article, à une action fondée sur un autre texte tel que l'article 1.382 du Code civil ; ensuite il n'y a aucune raison de penser qu'en accordant une action en subrogation aux caisses d'assurance sociale les rédacteurs de l'article 25 ont entendu limiter les droits des caisses à l'exercice de cette seule action ; il est à supposer, au contraire, qu'ils ont simplement voulu, sans préjudice du droit commun, faire bénéficier les caisses des avantages pratiques et des garanties

accessoires (notamment la garantie résultant des contrats d'assurances souscrits par le tiers responsable) qui s'attachent à l'action de l'assuré. Au surplus, les dispositions de l'article 25 semblent répondre tout à fait à l'existence d'une action directe en imposant à l'assuré l'obligation d'indiquer à peine de nullité, lors de l'introduction de l'instance, sa qualité d'assuré social, ainsi que les caisses auxquelles il est affilié pour les divers risques. Il résulte en effet de cet article que lorsque l'assuré a fait la déclaration prescrite et que la procédure, par suite, ne peut être entachée de nullité, le tiers responsable, qui est censé ne pas ignorer la loi, est tenu de mettre les caisses en cause. S'il ne le fait pas, il commet une faute lourde, dont, en vertu de l'article 1.382 du Code civil, il doit réparation.

Ainsi l'étude de l'article 25 paraît faire ressortir l'existence au profit des caisses de trois actions distinctes :

- 1° action en subrogation ;
 - 2° en cas d'absence de déclaration, action en nullité de la procédure ;
 - 3° dans tous les cas, ou du moins en cas de procédure régulière avec absence de mise en cause, action directe contre le tiers responsable.
-

TROISIÈME PARTIE

Régime Financier

L'application normale de la loi ne saurait être réalisée sans une définition précise, aussi détaillée que possible, des droits et des obligations des assurés sociaux : c'est à cette définition qu'a été consacrée la première partie de cet exposé.

D'autre part, un droit n'existe réellement que dans la mesure où il est assorti d'une sanction adéquate ; les droits nés de la législation de l'assurance sociale seraient exposés à ne rester que de vains mots si des recours juridiques de nature à les sauvegarder n'avaient été prévus et organisés : l'étude de ces recours a fait l'objet de la deuxième partie.

Mais un droit, même sanctionné, demeure condamné à une inefficacité certaine tant que les conditions matérielles nécessaires à sa réalisation ne se trouvent pas réunies. L'assurance sociale repose sur une base essentiellement pécuniaire, et il serait vain de prévoir que les assurés sociaux ont droit, dans des circonstances déterminées, à une pension d'invalidité, si les ressources indispensables n'étaient pas assurées. Ainsi se pose pour l'assurance sociale invalidité, en contre-partie des prestations prévues par la loi, la question primordiale des ressources, la question de la correspondance proportionnée des recettes aux dépenses, en un mot la question de l'équilibre financier. Cette question n'est pas résolue. Elle n'est pas facile à résoudre. Ni le principe admis dès l'origine et immédiatement reconnu comme difficile à mettre en œuvre, ni l'application qui en est faite à l'heure actuelle

ne sont de nature à écarter toute préoccupation en ce qui concerne l'avenir financier de l'assurance sociale-invalidité, et par là-même de l'assurance sociale tout court. Seule la considération objective des faits connus et des résultats acquis à ce jour peut — et encore dans une bien faible mesure — fournir des éléments d'appréciation susceptibles de quelque utilité et faire ressortir si cet avenir financier doit, dans l'état actuel des choses, être envisagé avec plus ou moins d'optimisme.

CHAPITRE PREMIER

Le Principe.

L'habitude est de désigner le risque-invalidité et le risque-vieillesse sous le nom de risques de capitalisation, par opposition aux autres risques, dits risques de répartition.

Dans le système de la répartition « l'ensemble des recettes sociales, recueillies par la caisse pendant un temps déterminé est réparti entre les prestations au cours de cette période : la totalité des versements est employée à couvrir les charges de l'assurance au fur et à mesure de leur échéance ».

« Dans le mode dit de capitalisation, les cotisations, versées par chaque assuré, sont accumulées chaque année jusqu'à la liquidation de leurs droits. Employées en placements divers, elles s'augmentent des intérêts composés et des cotisations des assurés qui murent avant la réalisation du risque. Elles forment ainsi un capital qui constitue le gage certain des prestations promises. Dans le système de la capitalisation, des réserves considérables se constituent sous le contrôle de l'Etat et peuvent être affectées à des travaux d'intérêt général » (Rapport précité de M. le Dr Chauveau, p. 53).

Si le législateur de 1928 a entendu faire du risque-invalidité comme du risque-vieillesse un risque de capitalisation, il convient toutefois de faire entre ces deux risques une distinction très nette qui ne ressort pas de leur désignation sous un qualificatif commun. En effet, alors que les sommes destinées à l'assurance-vieillesse sont inscrites dès leur verse-

ment au compte de chaque assuré social et capitalisées à intérêts composés à ce compte (art. 14 § 1^{er} de la loi, art. 51 du Règlement du 25 juillet 1930), dans l'assurance-invalidité, au contraire, elles ne sont pas individualisées dès leur versement et affectées à un compte déterminé ; il en est fait masse, et leur répartition ne s'opère ensuite entre les divers comptes des assurés qu'au fur et à mesure des entrées en invalidité (art. 42 § 1^{er} du Règlement).

M. Landry, dans son avis du 2 mars 1928 (Chambre, annexe N° 5.727), définit de la façon suivante le système de l'assurance-invalidité.

« Pour l'assurance-invalidité, nous venons de dire la formule qui a été adoptée : c'est celle de la couverture. Tous les ans, un certain pourcentage de la contribution de 10 % servira à constituer dans chaque caisse d'assurance-invalidité une masse, sur laquelle sera prélevé, à chaque liquidation de pension, le capital nécessaire pour servir la pension liquidée, compte tenu de la mortalité probable des invalides, et nous ajouterons, bien que le texte du Sénat ne l'indique pas explicitement, de leurs chances de retour à la validité.

« Cette formule est appliquée déjà pour les accidents du travail. Là elle est tout à fait rationnelle, car l'on peut considérer que les chances d'accidents du travail n'augmentent pas avec l'âge du travailleur ; elle est un peu moins rationnelle dans le cas d'invalidité résultant de maladie, parce que les chances d'entrée en invalidité pendant une année vont certainement en augmentant avec l'âge de l'assuré ; mais dans l'ensemble elle peut parfaitement être acceptée.. »

... « Pour la couverture des pensions d'invalidité, la formule qui a été adoptée est, comme on l'a vu, celle de

« la répartition des capitaux constitutifs. Ces mots veulent
 « dire que chaque année on met en réserve le capital néces-
 « saire pour payer dans l'avenir les nouvelles pensions d'in-
 « validité qui ont été constituées pendant cette même année.
 « Ainsi, chaque exercice supporte la charge des cas d'invali-
 « dité nouveaux qui se sont produits pendant l'exercice ; il
 « n'a rien à supporter pour les cas d'invalidité survenus
 « avant l'exercice, et n'a rien à mettre en réserve pour les
 « cas d'invalidité qui se produiront après. C'est le système
 « financier actuellement pratiqué par les organismes d'as-
 « surance contre les accidents du travail, caisse nationale,
 « compagnies anonymes, sociétés mutuelles, syndicats de
 « garantie, en ce qui concerne les rentes viagères — qui
 « sont en somme des pensions d'invalidité totale ou partielle
 « — dues aux accidentés du travail. »

Alors que le risque-vieillesse est un risque de capitalisa-
 tion pure, le risque-invalidité est donc, dans son principe
 même, un risque de répartition et de capitalisation combi-
 nées. Aussi semble-t-il préférable de nuancer la terminologie
 et de parler, pour ce dernier risque, du système de la « ré-
 partition des capitaux constitutifs », de façon à bien mar-
 quer qu'il est intermédiaire entre le système de la réparti-
 tion et le système de la capitalisation proprement dite.

En application du principe ainsi défini il avait été prévu
 dès l'origine qu'une fraction des cotisations serait affectée
 à la couverture du risque-invalidité. Cette fraction était pri-
 mitivement évaluée, dans l'avis présenté par M. Pasquet
 au nom de la Commission des Finances du Sénat le 7 avril
 1927 (ann. 213, p. 95) ainsi qu'il suit :

Prestations en nature (100 % du coût des soins pour les invalides totaux, 90 % pour les autres)	0,18
Prestations en argent (40 % du salaire)	2,03

ce qui représentait une fraction totale de 2,21 % du salaire servant de base au versement des cotisations.

Le Sénat ayant repoussé l'extension, au delà de la cinquième année, des soins gratuits aux invalides totaux le pourcentage se trouva ramené approximativement à 2,10 % du salaire de base.

Les fractions de cotisations provenant de l'ensemble des versements relatifs à tous les assurés sociaux devaient donc faire l'objet d'une capitalisation collective sur laquelle serait prélevé, à chaque survenance d'invalidité, le capital nécessaire à la couverture de la pension jusqu'à son extinction. Pour le calcul de ce capital, le Ministère du Travail, en se fondant sur les données fournies par les travaux préparatoires de la loi, et en application de l'article 49 § 1^{er} du décret du 25 juin 1930 sur la comptabilité des caisses, avait établi une table indiquant, pour chaque année écoulée depuis la survenance de l'invalidité et pour chaque taux d'intérêt déterminé, le nombre de francs nécessaires pour assurer la couverture d'une rente d'invalidité de 1 fr. avec prorata au décès et arrérages trimestriels. Cette table, dont les éléments s'étendent jusqu'à la quarante-huitième année d'invalidité incluse, donne pour les dix premières années les chiffres suivants :

Nombre d'années écoulées depuis la survenance de l'invalidité	3 %	3,20 %	3,40 %	3,60 %	3,80 %	4 %
0 an	7,428.9	7.303.7	7,182.5	7,065.1	6,951.2	6,840.7
1 an	8,964.4	8,811.9	8,664.1	8,520.8	8,381.8	8,246.8
2 ans	9,656.4	9,493.2	9,334.8	9,181.1	9,032.0	8,887.3
3 »	9,942.4	9,776.3	9,615.4	9,459.0	9,307.3	9,159.8
4 »	10,090.7	9,925.0	9,764.2	9,608.1	9,456.4	9,308.8
5 »	10,134.2	9,971.1	9,812.7	9,658.8	9,509.2	9,363.6
6 »	10,079.8	9,921.2	9,767.1	9,617.3	9,471.5	9,329.6
7 »	9,938.6	9,786.0	9,637.7	9,493.4	9,352.9	9,216.1
8 »	9,730.3	9,584.9	9,443.3	9,305.4	9,174.2	9,040.5
9 »	9,463.8	9,326.2	9,192.1	9,061.5	8,934.2	8,810.2
10 »	9,156.7	9,027.2	8,901.0	8,777.9	8,657.9	8,541.0

L'exemple suivant donné à l'appui de la table dont il s'agit en fait comprendre le mécanisme. Un assuré immatriculé à 25 ans gagnant un salaire fixe de 9.000 fr. (4^e catégorie) devient invalide à 40 ans ; le taux d'intérêt applicable est de 3,60 %. La pension d'invalidité à laquelle il a droit est de :

$$7.200 \times 0,40 = 2.880 \text{ fr.}$$

Le capital à constituer, lors de la survenance de l'invalidité, s'élève à :

$$2.880 \times 7,0651 = 20.347 \text{ fr.}$$

Si, 10 ans après la liquidation de la pension, l'intéressé n'est ni décédé, ni guéri, la valeur en capital de l'engagement de la caisse à son égard, en supposant que le taux d'intérêt n'ait pas changé, sera de :

$$2.880 \times 8,777.9 = 25.284 \text{ fr.}$$

La valeur en capital de l'engagement de la caisse a donc augmenté de près de 5.000 fr. entre la 1^{re} et la 10^e année. Cela tient à ce que l'invalide, lorsqu'il a surmonté la période qui suit immédiatement la survenance de l'invalidité, voit sa vitalité se consolider et tend progressivement à retrouver les conditions de mortalité d'un individu de santé normale.

Vingt années après la liquidation de la pension, le vieillissement faisant son œuvre, la valeur en capital de l'engagement de la caisse n'est plus que de :

$$2,880 \times 6,1915 = 17.832 \text{ fr.}$$

(Brochure du Ministère du Travail à l'usage des caisses, deuxième édition 1931).

La table ci-dessus comporte six barèmes correspondant chacun aux divers taux d'intérêt considérés : 3 %, 3,20 %, 3,40 %, 3,80 % et 4 %.

Ces taux sont sensiblement plus faibles que les taux pré-

vus pour l'assurance-vieillesse, l'art. 67 § 3 du Règlement du 25 juillet 1930, et l'article 60 § 3 du Règlement du 19 mars 1936 ayant envisagé pour cette dernière la fixation possible du taux au-dessus de 5 %. Cette différence n'a rien de surprenant, en raison de l'inégalité des conditions suivant lesquelles peuvent être effectués les placements : en effet, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse les paiements sont différés jusqu'à l'âge de 60 ans, les comptes individuels subsistent pendant une longue durée et permettent ainsi des placements à long terme ; en ce qui concerne l'assurance-invalidité, au contraire, les seuls placements possibles sont des placements à court terme, puisque les fonds sont affectés à des paiements immédiats ou à brève échéance ; or plus la durée des placements est faible, plus le taux d'intérêt est bas. D'autre part, comme l'ajoute M. Pasquet dans son avis précité (p. 88), « l'œuvre essentielle des organismes d'assurance contre l'invalidité consiste dans l'organisation, poussée au plus haut degré de perfection, des moyens de prévention et de cure des maladies sociales, mais il est bien certain que les capitaux investis dans de pareils placements, s'ils sont « payants » du point de vue de la santé nationale, ne le sont guère du point de vue traditionnel des capitalistes ». M. Pasquet, en conséquence, alors qu'il adopte le taux de 5 % pour la capitalisation des rentes de vieillesse, admet seulement pour l'invalidité un taux de 3 1/2 %. « Ce taux correspond par exemple, dit-il, au cas où 70 % des capitaux constitués par les fractions de cotisations affectées à l'assurance-invalidité rapporteraient 5 %, et où les 30 % restant seraient investis en installations sanitaires ne rapportant pas d'intérêts ».

Le taux d'intérêt applicable devait être déterminé suivant

les dispositions édictées par l'article 49 § 2 du décret du 25 juillet 1930 sur la comptabilité des caisses :

« Le taux d'intérêt applicable au calcul du montant des capitaux de couverture est établi d'après les règles suivantes :

« 1° Si le taux d'intérêt applicable au calcul des réserves mathématiques de l'assurance-vieillesse et calculé conformément à l'article 27 du décret du 30 juin 1930 portant règlement d'administration publique pour les prestations des assurances sociales est supérieur à 5 %, le taux d'intérêt est égal au taux précédent diminué de 1,40.

« 2° Si le taux d'intérêt applicable au calcul des réserves mathématiques de l'assurance-vieillesse est inférieur ou égal à 5 %, mais supérieur à 4 %, le taux d'intérêt est fixé conformément au tableau ci-après :

Taux d'intérêt applicable
au calcul des réserves
mathématiques
de l'assurance-vieillesse.

Taux d'intérêt applicable
au calcul des capitaux
de couverture
de l'assurance-invalidité.

5 %		3,60 %
4,80 %		3,40 %
4,60 %		3,40 %
4,40 %		3,20 %
4,20 %		3 %

« 3° Si le taux d'intérêt applicable au calcul des réserves mathématiques de l'assurance-vieillesse est inférieur ou égal à 4 %, le taux d'intérêt applicable au calcul du montant des capitaux de couverture est inférieur d'une unité au taux précédent ».

Mais les barèmes établis par le Ministère du Travail n'ont jusqu'à l'heure actuelle reçu d'application qu'à l'occasion des recours exercés par les caisses-invalidité contre les tiers responsables d'accidents ayant donné lieu au versement des

prestations. Dans ce cas en effet les caisses sont obligées, pour l'évaluation des dépenses à recouvrer à l'encontre des tiers, d'établir le capital de couverture de la pension qu'elles sont tenues de verser, et elles ne peuvent le faire qu'au moyen des barèmes qui sont à leur disposition. Le barème applicable, du moins pour la Caisse nationale des Retraites pour la Vieillesse, est celui qui correspond au taux d'intérêt de 3,20 %, le taux d'intérêt applicable au calcul des réserves mathématiques de l'assurance-vieillesse ayant été fixé pour cette Caisse à 4,40 % à partir du 1^{er} janvier 1934 par le décret du 6 juin 1934, jusqu'à parution d'un nouveau décret (1).

Pour le reste les barèmes n'ont pu être jusqu'à présent d'aucune utilité, l'application du système de la capitalisation à laquelle ils étaient destinés ayant été retardée successivement par diverses dispositions législatives.

L'article 2 de la loi initiale du 5 avril 1928 prévoyait une cotisation totale de 10 % du salaire, mais le législateur, soucieux de ne pas surcharger outre mesure l'économie nationale, et ignorant des conséquences susceptibles de résulter de l'application de l'assurance-invalidité, jusque là inconnue en France, avait, par la loi du 30 avril 1930, substitué le système des catégories à celui du pourcentage et ramené le taux de la contribution à un chiffre voisin de 8 % du salaire. De ce fait la part de cotisation originellement prévue pour l'assurance-invalidité était sacrifiée. La législation ne devant entrer en application que le 1^{er} juillet 1930 pour les risques de répartition, le droit aux prestations-in-

(1) Le taux pouvant servir de base aux tarifs des caisses primaires d'assurance-vieillesse ordinaires a été fixé par un arrêté du 14 septembre 1936 à un maximum de 4,80 % et à un minimum de 4 % pour l'année 1936. Ces pourcentages ont été maintenus pour les années 1937 et 1938 par un arrêté du 14 décembre 1937.

validité ne pouvait être ouvert, en vertu des articles 10 et 11 de la loi du 30 avril 1930, qu'après un délai de deux ans augmenté du délai de six mois prévu pour le versement des prestations-maladie ou du délai nécessaire à la consolidation de la blessure, en cas d'accident. Aucune demande de pension n'était donc possible avant le 1^{er} juillet 1932, et l'assurance-invalidité ne présentait ainsi aucun caractère d'urgence. Le législateur, dans ces conditions, avait estimé possible de faire supporter par le fonds de majoration et de solidarité les dépenses de cette assurance jusqu'au 1^{er} avril 1934, date à laquelle les cotisations seraient majorées une première fois de 1/8, pour être majorées ensuite une deuxième fois de 1/8 le 1^{er} avril 1940.

Le détail du système adopté par la loi du 30 avril 1930 était le suivant :

Article 2 § 3. — « Le risque invalidité étant provisoirement
« assuré par le fonds de majoration et de solidarité, le mon-
« tant de la double cotisation qui représente en moyenne,
« pour chaque catégorie, 8 % du salaire annuel de base, est
« divisé en deux parts égales. Ces deux parts, sous réserve
« de certains prélèvements, sont destinées, l'une à la cou-
« verture du risque-vieillesse, l'autre à la garantie des ris-
« ques de répartition, maladie, maternité, décès, soins aux
« invalides ».

Article 12 § 8. — « Un décret fixera, chaque année, la
« fraction de cotisation à affecter à la couverture des pen-
« sions d'invalidité, d'après des tables tenant compte de la
« probabilité d'entrée en invalidité aux divers âges et de
« la mortalité des invalides.

« Jusqu'au 1^{er} avril 1934, le fonds de majoration et de
« solidarité remboursera aux caisses d'assurance-vieillesse le
« montant des rentes d'invalidité mise à leur charge.

« A partir du 1^{er} avril 1934, les cotisations prévues par
« l'article 2 de la présente loi seront majorées de 1/8. A
« partir du 1^{er} avril 1940, elles seront majorées d'un autre
« huitième.

Article 14 § 1^{er}. — « Sur le montant de la double contri-
« bution prévue à l'article 2, il est affecté à la constitution
« d'une rente viagère de vieillesse au profit de l'assuré une
« somme fixée annuellement par décret et qui ne sera pas
« inférieure à 3,60 % du salaire de base pour les assurés
« ayant atteint ou dépassé trente ans et à 2 % du salaire de
« base pour les assurés n'ayant pas atteint cet âge ; pour
« les assurés ayant atteint ou dépassé trente ans, la diffé-
« rence éventuelle entre la part affectée au risque-vieillesse
« en vertu de l'article 2, paragraphe 3, et la somme fixée
« par décret sera versée au fonds de majoration et de soli-
« darité et, pour le surplus, au fonds de garantie et de com-
« pensation... ».

Les prélèvements institués par l'article 14 au profit du fonds de majoration et de solidarité ne font que remplacer ceux prévus par l'article 69 § 5 (1^{er} et 3^e) de la loi du 5 avril 1928 (prélèvement, évalué par l'administration à 1 %, sur toutes les cotisations ; prélèvement de 1,25 à 2 % du salaire sur les cotisations-vieillesse des assurés âgés de moins de trente ans ; prélèvement sur les cotisations affectées à l'assurance-décès) ; ils ne compensent donc nullement la charge nouvelle imposée au fonds de majoration et de solidarité, mais en raison des prévisions le législateur avait présumé que ce fonds, du fait d'un excédent de recettes, serait à même de supporter les premières dépenses de l'assurance-invalidité, jusqu'au 1^{er} avril 1934. A cette date la question devait se poser de nouveau, et pour la résoudre il fallait soit appliquer la majoration de un huitième des

cotisations prévue par l'article 12 § 8 de la loi du 30 avril 1930, soit trouver de nouvelles ressources. Pour éviter la charge supplémentaire susceptible de résulter pour les assurés et pour l'économie nationale de la majoration des cotisations (charge évaluée à 500 millions au moins pour 1934 et à plus d'un milliard pour 1940) M. Edmond Cavillon fit adopter par le Sénat, dans sa séance du 27 février 1934, et à l'occasion de la discussion sur la loi de finances, un amendement différant la majoration *sine die*. Finalement la loi de finances du 28 février 1934 enleva la charge de l'invalidité au fonds de majoration et de solidarité, pour l'attribuer au fonds de compensation et de garantie. L'article 37 de cette loi modifiait en effet le paragraphe 8, 3^e alinéa, de l'article 12 de la loi du 30 avril 1930 de la façon suivante :

« A partir du 1^{er} avril 1934 et jusqu'au 1^{er} janvier 1937,
« le fonds de compensation et de garantie remboursera aux
« caisses d'assurance-vieillesse le montant des rentes d'in-
« validité mises à leur charge et aux caisses d'assurance-
« maladie le montant des soins dispensés aux bénéficiaires
« de pensions d'invalidité, en application du paragraphe 2
« ci-dessus.

« Le prélèvement opéré au profit du fonds de compensa-
« tion et de garantie sur les cotisations d'assurance-vieil-
« lesse des assurés n'ayant pas atteint trente ans, par appli-
« cation de l'article 14, paragraphe 1^{er}, sera affecté, par prio-
« rité, aux dépenses prévues au présent paragraphe.

« Une loi ultérieure fixera les conditions dans lesquelles
« seront couvertes, à partir du 1^{er} janvier 1937, les dépenses
« relatives à l'assurance-invalidité ».

La loi de finances du 28 février 1934 ne prétendait nullement trouver une solution définitive, puisqu'elle s'en remettait à une loi ultérieure du soin de fixer les conditions rela-

tives à la couverture de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} janvier 1937. Le Ministère du Travail n'a d'ailleurs pas attendu l'échéance de cette date extrême pour se préoccuper de la nouvelle réforme à réaliser, et il est ainsi arrivé au régime actuel, institué par le décret-loi du 28 octobre 1935.

CHAPITRE II

Le Régime actuel.

Aux termes de l'article 2 § 7 du Décret-loi un arrêté contresigné par le Ministre du Travail et par le Ministre des Finances fixe, avant le 1^{er} décembre de chaque année, les bases de répartition des cotisations (8 % du salaire réel à partir du 1^{er} janvier 1937), pour l'année suivante, entre les divers organismes d'assurance. Suivant l'article 10 § 16 cet arrêté détermine la fraction de cotisation à affecter à la couverture des pensions d'invalidité, d'après des tables tenant compte de la probabilité d'entrée en invalidité aux divers âges et de la mortalité des invalides ; les caisses d'invalidité prélèvent sur les ressources qui leur sont ainsi attribuées le capital de couverture de chaque pension, qu'elles versent à un compte spécial ouvert dans leurs écritures à l'expiration de la cinquième année suivant l'entrée en jouissance. Ainsi les caisses invalidité ne supportent plus que la charge des pensions d'invalidité, et à partir seulement de la sixième année suivant l'entrée en jouissance.

Les premières pensions accordées n'ayant pu l'être qu'à partir du 1^{er} janvier 1933, les caisses n'ont pu être appelées avant le 1^{er} janvier 1938 à verser à des comptes spéciaux les premiers capitaux constitutifs de pensions. Depuis le 1^{er} janvier 1936, point de départ de la mise en vigueur du Décret-loi du 28 octobre 1935, jusqu'à cette date la charge de l'assurance-invalidité a été, par suite, exclusivement supportée par les unions régionales ; celles-ci continueront, dans l'avenir, à assurer le service des diverses prestations, excep-

tion faite pour les pensions d'invalidité qui, à partir de la sixième année suivant l'entrée en jouissance, doivent être, en principe, à la charge des caisses. Encore résulte-t-il de l'article 30 § 3 du Décret-loi et de l'article 57 § 2 (6°) du Décret du 29 juillet 1936 sur la comptabilité des caisses que les unions régionales contribueront à la constitution des capitaux de couverture des pensions d'invalidité après la cinquième année suivant la date de l'entrée en jouissance et qu'un arrêté des Ministres du Travail et des Finances fixera périodiquement la fraction des capitaux qui sera versée à cet effet par les unions régionales aux caisses d'assurance-invalidité.

Le prélèvement sur la double cotisation prévu par l'article 10 § 16 du Décret-loi au profit des caisses en vue de la couverture des pensions d'invalidité n'a pas eu lieu en 1936 (arrêté du 23 avril 1936, article 3). Il a été fixé pour 1937 à 13 millièmes de la double cotisation (arrêté du 7 octobre 1936, article 3).

Les ressources prévues pour couvrir les dépenses des unions régionales au titre de l'assurance-invalidité sont énumérées dans l'article 30 § 4 du Décret-loi. Elles comprennent :

1° un prélèvement exceptionnel sur les ressources du fonds de garantie géré par la Caisse générale de Garantie ;

2° un prélèvement exceptionnel sur les excédents de recettes constitués au 31 décembre 1935 dans les caisses de répartition ;

3° des prélèvements permanents sur les excédents annuels de recettes des caisses de répartition fixés par l'article 34 du Décret-loi à 20 % du montant de ces excédents (d'autre part, d'après le § 4 de ce dernier article, la moitié des bénéfices annuels des caisses d'assurance-vieillesse

dont le bilan antérieur accuse des excédents d'actif est également affectée à la couverture des dépenses de l'assurance-invalidité) ;

4° une part de l'actif au 31 décembre 1935 des unions pour la réassurance créées par l'article 32 de la loi du 30 avril 1930 et remplacées par les unions régionales ;

5° en cas d'insuffisance des ressources précédentes, un prélèvement sur l'ensemble des cotisations.

Toutes ces ressources sont versées, en principe, à un compte « invalidité » ouvert dans les écritures des unions. Toutefois, en vertu de l'article 57 § 4 du décret du 29 juillet 1936 sur la comptabilité des caisses, la part ci-dessus visée de l'actif des unions pour la réassurance ainsi que les prélèvements exceptionnels sur les ressources du fonds de garantie et sur les excédents des caisses de répartition au 31 décembre 1935 doivent être versés, de même que les excédents annuels de recettes du compte « invalidité » (§ 5 du même article), à un fonds de « réserve-invalidité » destiné à couvrir les insuffisances éventuelles de recettes du compte « invalidité ».

Les conditions de réalisation des prélèvements exceptionnels sur les excédents de recettes des caisses de répartition et du fonds de garantie ont été fixées par le Décret du 24 avril 1936, dont les stipulations sont les suivantes :

Article premier. — Les prélèvements exceptionnels à réaliser sur les excédents de recettes des caisses de répartition et du fonds de garantie en application des articles 30 et 38 du décret du 28 octobre 1935 sont opérés dans les conditions fixées par le présent décret ;

Art. 2. — Le montant des prélèvements est versé, soit en espèces, soit en rentes et valeurs mobilières négociables évaluées au cours de la Bourse au 31 mars 1936, suivant la pro-

portion respective de ces éléments dans l'actif mobilier et négociable de la caisse. En cas d'insuffisance des éléments précités et sur décision du Ministre du Travail, les caisses de répartition ou la Caisse Générale de Garantie, détentrices de titres de propriété et de créance ou de valeurs mobilières non négociables, peuvent les céder à l'Union Régionale à leur prix d'acquisition, diminué des amortissements, et majoré, s'il y a lieu, des intérêts courus et des frais d'acquisition non amortis.

Art. 3. — Le prélèvement effectué par les caisses de répartition est versé à l'union régionale à laquelle elles sont rattachées.

Art. 4. — Le montant du prélèvement visé à l'article 2 du présent décret est fixé à deux fois et demie le montant des sommes inscrites, en application du décret du 25 juillet 1930 sur la comptabilité des caisses d'assurances sociales, au compte « Fonds de réserve générale » figurant au bilan du 31 décembre 1934.

Art. 5. § 1^{er}. — Le prélèvement visé à l'article 1^{er} du présent décret est versé en deux fractions : la première est exigible au plus tard avant le 1^{er} juillet 1936, la deuxième dans les délais fixés par un arrêté du Ministre du Travail. La première fraction est égale à deux fois et demie le montant des sommes inscrites au compte « Fonds de réserve générale » figurant au bilan au 31 décembre 1933.

§ 2. — Si la situation d'une caisse de répartition l'exige, un délai supplémentaire peut être accordé par le Ministre du Travail qui prescrit le montant du versement immédiatement exigible.

§ 3. — Si les versements des caisses de répartition ne sont pas effectués dans les délais prescrits par le présent article les directeurs des services régionaux provoquent le vire-

ment ou le transfert par la Caisse des Dépôts et Consignations des sommes revenant aux Unions en exécution du présent décret.

Art. 6. — Si le montant global des prélèvements visés à l'article 4 n'atteint pas la somme de 800 millions, un décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail et du Ministre des Finances prescrira un prélèvement complémentaire sur les excédents de recettes des caisses de répartition constitués au 31 décembre 1935.

Art. 7. — Le prélèvement à effectuer sur les disponibilités du fonds de garantie, institué par l'article 38 du décret du 28 octobre 1935, s'élève à 400 millions.

Art. 8. — Un arrêté des Ministres du Travail et des Finances fixe la répartition du prélèvement, prévu par l'article 7 du présent décret, entre les Unions régionales.

Le versement à chaque union peut être effectué en plusieurs opérations, dans les conditions fixées par un arrêté du Ministre du Travail.

Art. 9. — Jusqu'à la constitution des Unions régionales, la Caisse des Dépôts et Consignations ouvre dans ses écritures un compte provisoire comportant un poste par Union. Pour chacun de ces postes, et en recettes, est porté le prélèvement fixé par l'arrêté prévu à l'article 8 du présent décret.

Le Ministère du Travail, en instituant les prélèvements dont il s'agit, avait prévu les objections qui ne devaient pas manquer d'être opposées par les caisses de répartition, dépouillées de leurs excédents au profit des Unions régionales ; aussi pour faciliter l'opération et diminuer la résistance des caisses avait-il admis que les Unions régionales bénéficiaires de ces prélèvements seraient administrées par

des délégués des caisses adhérentes, ce qui pouvait laisser à celles-ci, jusqu'à un certain point, l'illusion de ne pas être dépossédées. Malgré cette mesure de prudence de nombreuses protestations se sont élevées et le Ministre du Travail qui avait déjà, par circulaire n° 43 du 3 juillet 1936, reculé jusqu'au 1^{er} octobre 1936 la date d'exigibilité du premier versement à effectuer sur les excédents des caisses de répartition, a dû, par un décret du 7 octobre 1936, revenir en arrière et atténuer les dispositions du décret du 24 avril 1936. L'atténuation a porté tant sur le montant des prélèvements que sur les délais d'exigibilité. Voici, textuellement reproduite, la rédaction substituée par le décret du 7 octobre 1936 à la rédaction primitive des articles 4, 5, § 1^{er}, et 6 du décret du 24 avril 1936 :

Art. 4, § 1^{er}. — Le montant du prélèvement visé à l'article 2 du présent décret est fixé, soit au montant des sommes inscrites en application du décret du 25 juillet 1930 sur la comptabilité des caisses d'assurances sociales au compte fonds de réserve générale figurant au bilan du 31 décembre 1934, soit à la moyenne des montants des sommes inscrites aux comptes fonds de réserve générale et fonds de réserves spéciales figurant au bilan du 31 décembre 1934, si cette dernière est plus faible.

§ 2. — Dans le cas des caisses de répartition dont le compte de profits et pertes de l'exercice 1935-1936 accuserait un solde débiteur, le montant du prélèvement est fixé soit au montant des sommes inscrites au compte fonds de réserve générale figurant au bilan du 31 mars 1936, soit à la moyenne des montants des sommes inscrites aux comptes fonds de réserve générale et fonds de réserves spéciales figurant au bilan du 31 mars 1936, si cette dernière est plus faible.

Art. 5, § 1^{er}. — Le prélèvement est divisé en deux fractions ; la première est exigible au plus tard avant le 1^{er} décembre 1936, la deuxième dans les délais fixés par un arrêté du Ministre du Travail.

La première fraction du prélèvement est égale soit au montant des sommes inscrites au compte fonds de réserve générale figurant au bilan du 31 décembre 1933, soit à la moyenne des montants des sommes inscrites aux comptes fonds de réserve générale et fonds de réserves spéciales figurant au bilan du 31 décembre 1933, si cette dernière est plus faible.

Toutefois, pour les caisses dont le compte de profits et pertes de l'un des exercices 1934 ou 1935-1936 accuserait un solde débiteur, le prélèvement se réduit à la première fraction qui est calculée suivant les règles fixées par l'article 4.

Art. 6. — Si le montant global des prélèvements visés aux articles 4 et 5 n'atteint pas la somme de 300 millions... (le reste sans changement).

En ce qui concerne la part de l'actif des unions pour la réassurance affectée aux unions pour le risque-invalidité n° 4 ci-dessus), elle a été déterminée par le décret et l'arrêté du 29 juillet 1936.

Une part de cet actif devait également revenir aux comptes « garantie » et « compensation » ouverts dans les écritures des unions en vertu de l'art. 30 § 5 du Décret-loi, et destinés à fournir, le premier, des subventions annuelles aux caisses adhérentes, déficitaires ou non, ayant eu à couvrir des risques supérieurs à la moyenne des exercices écoulés, et le deuxième des subventions exceptionnelles ou avances aux caisses qui, après avoir bénéficié des subventions précitées, seraient en déficit.

Le décret du 29 juillet 1936 (art. 56 § 2) et l'arrêté du

même jour (art. 1^{er}) ont effectué ainsi qu'il suit la répartition entre les trois comptes « garantie », « compensation », « invalidité » : sur l'actif des unions pour la réassurance, un sixième a dû être versé au compte de garantie, un douzième au compte de compensation, un sixième au compte d'hygiène sociale, prévention et contrôle, et sept douzièmes au compte d'invalidité.

D'autre part le prélèvement au profit des unions sur l'ensemble des cotisations (n° 5 ci-dessus), qui avait été fixé pour 1936 à 5 millièmes de la double contribution (art. 4 de l'arrêté du 23 avril 1936), a été porté pour 1937 à 41 millièmes de cette double contribution (art. 5 de l'arrêté du 7 octobre 1936).

Le risque-invalidité, considéré sous le seul aspect de son application présente, apparaît à l'heure actuelle beaucoup plus comme un risque de répartition que comme un risque de capitalisation, puisque son système de couverture s'analyse essentiellement en une répartition de capitaux constitués une fois pour toutes. Bien qu'il doive tendre à recouvrer sous peu son caractère initial du fait de l'épuisement prochain de ces capitaux et de l'augmentation de la portion de cotisation au profit des caisses d'assurance-invalidité qui devra nécessairement s'ensuivre, il convient de noter que dans l'esprit du Décret-loi la part du système de la répartition se trouve accrue par rapport à celle du système de la capitalisation. Alors que dans le principe la capitalisation devrait s'appliquer pour chaque pension dès l'ouverture du droit à pension elle ne doit plus s'appliquer dorénavant qu'à compter de la sixième année suivant l'entrée en jouissance ; pendant les cinq premières années de jouissance la pension doit donc être couverte par les seules ressources

de l'Union régionale, suivant le système de la répartition ; autrement dit, chaque pension doit être couverte dorénavant suivant un système de répartition et de capitalisation successives.

Quel qu'ait pu être l'effort, généralement reconnu, des auteurs du Décret-loi en vue de la simplification des textes législatifs antérieurs et de l'amélioration du fonctionnement de l'institution, ce décret ne pouvait manquer de soulever des discussions, et le procédé employé pour la couverture de l'assurance-invalidité a fait, entre autres, l'objet de nombreuses critiques.

CHAPITRE III

Critique.

Une polémique assez ardente s'est engagée, notamment dans le journal « Le Temps », sur les avantages et les inconvénients de la réforme. *Le Temps* ayant, dans deux articles des 1^{er} novembre 1935 et 16 février 1936, déploré que la charge imposée par les Assurances Sociales à l'économie nationale n'ait pas été allégée et même qu'elle se soit trouvée quelque peu alourdie du fait de la substitution du système du pourcentage au système des catégories, publiait, dans son numéro du 15 mars 1936, une lettre qui lui avait été adressée par M. Garczynski, président de la Fédération nationale des caisses départementales et dans laquelle celui-ci soutenait une opinion absolument opposée. Les arguments développés dans cette lettre sont assez importants pour qu'il soit utile de la reproduire *in extenso* :

« Monsieur le Directeur,

« Les groupements patronaux ont protesté contre les
« termes de ma lettre ouverte à M. le Ministre du Travail,
« dans laquelle je formulais des réserves en ce qui concerne
« la diminution provisoire des cotisations d'assurances so-
« ciales.

« Ils ont été surpris de voir un « patron » réclamer une
« augmentation de leurs charges.

« Mes collègues voudront bien admettre que le poste de
« président de la Fédération nationale des caisses départe-

« mentales d'assurances sociales comporte un devoir impé-
« rieux : celui de défendre les intérêts des assurés sociaux
« et de maintenir pour cet objet l'équilibre de leurs caisses.

« Or, l'équilibre du système des assurances sociales est
« compromis par le Décret du 28 octobre 1935. Tout en
« reconnaissant les raisons supérieures qui ont conduit les
« Ministres, afin d'alléger les charges budgétaires, à reje-
« ter sur les assurés des obligations qui incombent norma-
« lement à l'Etat (telles les surcharges concernant les muti-
« lés de la guerre, telle une part importante de la dette de
« l'Etat à l'égard des retraités de la loi de 1910), il m'est
« apparu que je devais dire la vérité aux assurés et aux pa-
« trons. Cette vérité, c'est que le Décret du 28 octobre 1935
« organise le déficit, couvert par des moyens de fortune,
« pendant quelques années, après quoi le nouveau législa-
« teur se « débrouillera » pour trouver une solution plus
« certaine.

« Aussi bien on a espéré que la période de la crise étant
« passée (?) il sera peut-être possible de demander aux inté-
« ressés la prime d'assurance correspondant exactement aux
« risques couverts.

« Actuellement, cette prime est insuffisante. Je me chi-
« cane pas sur les 8 % que M. Chauveau a la fantaisie de
« réduire à 6 %. En réalité, avec l'ancien système des ca-
« tégories, le taux était un peu inférieur à 8 %, plus ou
« moins selon les entreprises, selon que les salariés se pla-
« çaient en bas ou en haut des catégories. Ce hasard a
« disparu. Le calcul est aujourd'hui, sur la base de 7 %, plus
« juste et plus simple ; j'en félicite M. Frossard.

« Cependant ce que vous oubliez, dans votre article du
« 16 février, c'est que le taux de 8 % de l'ancienne loi avait
« été prévu pour couvrir tous les risques (maladie, mater-

« mité, décès, vieillesse) sauf celui de l'invalidité. Ce dernier, qui grossit chaque année, est évalué à 2 %. Pour y faire face, on avait prévu une augmentation de 1 % en 1934, et de 1 % en 1940. Au total, le législateur de 1930 a donc établi ses calculs sur 10 % de cotisations en régime plein.

« M. Frossard a interrogé des actuaires indépendants, présidés par M. le président de la société des actuaires français. Ces experts ont estimé qu'il y aurait le plus grave inconvénient 1° à diminuer la cotisation, 2° à remplacer la capitalisation par la répartition en ce qui concerne le risque-vieillesse. On a passé outre sur le premier point.

« C'est en me basant sur cette expertise et sur mon expérience que j'ai poussé un cri d'alarme.

« Je prie mes collègues de réfléchir sur le fait suivant : à l'heure actuelle l'invalidité des travailleurs est couverte par les assurances sociales, sans aucune ressource en contre-partie.

« Provisoirement voilà comment on s'est « débrouillé » :

« Des unions régionales ont été créées. On leur a donné la charge de l'invalidité pendant cinq ans et celle des soins aux invalides. Elles ont deux sortes de ressources, les unes temporaires, les autres permanentes. A titre exceptionnel, elles ont : 1° une partie des fonds mis en réserve pour la réassurance, et détournés ainsi de leur emploi ; 2° une partie des réserves de sécurité constituées au début par les caisses de répartition. Avec ces fonds qui sont importants (mais qui n'étaient pas inutiles) on fera face aux dépenses pendant une période que j'estime à dix-huit mois, puis d'une façon permanente l'union recevra 20 % des bonis que les caisses de répartition feront dans l'avenir.

« Malheureusement elles n'en feront pas, ou très peu,
« nos graphiques nous le démontrent amplement, et c'est
« pourtant cette seule ressource, très aléatoire, qui rem-
« place les 2 % jugés nécessaires par les experts.

« Que se passera-t-il ?

« En 1938, les unions régionales seront en déficit. Elles
« n'auront plus d'argent pour payer les pensions d'invalidité.
« dité. La caisse générale de garantie viendra les renflouer
« à l'aide de fonds qui ont été réduits et qui étaient desti-
« nés à un autre usage : la garantie du minimum de retraite,
« du minimum de pension et du minimum d'allocation au
« décès. La caisse générale de garantie s'épuisera très vite
« à ce jeu. En 1940, elle sera exsangüe. Elle se tournera
« alors vers l'Etat pour qu'il remplisse sa promesse de rem-
« boursement des 400 millions annuels, qu'il a pris en
« 1935 (1), plus les intérêts capitalisés.

« Autrement dit, vers 1940, c'est le budget qui suppor-
« tera la charge de l'assurance-invalidité, parce qu'on n'a
« pas eu le courage d'assurer dès cette année l'équilibre
« financier des caisses. On a allégé sur le papier les budgets
« de 1935 à 1940. On a rejeté sur l'avenir une charge réelle
« à laquelle on devra faire face au dernier moment, comme
« c'est le cas trop souvent.

« Remarquez que je ne me permets pas de juger. M. le
« Ministre a d'autre part apporté tant d'améliorations et
« de simplifications heureuses, que nous lui en sommes très
« reconnaissants. Il a eu, et le conseil des ministres, des
« préoccupations d'un ordre supérieur. J'avais simplement

((1) Il s'agit de la contribution annuelle de l'Etat au fonds de majoration et de solidarité, dont la réduction de 540 à 140 millions, avec promesse de remboursement éventuel de la différence, a été décidée en premier lieu par le décret-loi du 16 juillet 1935.

« pour devoir de dégager notre responsabilité en tant qu'administrateurs des caisses, et de dire la vérité aux assurés et aux employés.

« Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, etc.

M. Garczynski,

industriel,

président de la Fédération nationale
des caisses départementales d'A. S.

Le Temps, dans le même numéro, opposait à cette lettre, de son côté, les arguments suivants :

1° Le produit des cotisations, en raison du remplacement du système des catégories par celui du pourcentage, ne peut changer sensiblement ;

2° L'annuité de 140 millions remplaçant le forfait de 540 millions correspond à la dépense effective à laquelle elle est destinée (liquidation des retraites ouvrières et paysannes). L'Etat a réduit ses versements, mais ceux-ci sont seulement différés, puisque si le fonds de majoration auquel est versée l'annuité se trouve en déficit le budget devra combler l'insuffisance, à concurrence de « la somme représentée par la capitalisation d'une annuité de 400 millions à compter du 1^{er} juillet 1935 » (article 34 § 9 du Décret-loi).

Le Temps relève à ce sujet une inexactitude dans l'argumentation de M. Garczynski : contrairement à l'hypothèse avancée par celui-ci, la Caisse générale de Garantie ne peut, du fait du déficit de l'assurance-invalidité, demander à l'Etat de tenir sa promesse de remboursement des 400 millions, puisque cette promesse ne se rapporte qu'au déficit du fonds de majoration, alors que l'assurance-invalidité

n'est nullement en relation avec ce fonds, mais seulement avec le fonds de garantie.

Il convient d'ajouter à cet égard que, contrairement à ce que semble vouloir dire « Le Temps », même dans le cas où la promesse de remboursement s'appliquerait au fonds de garantie la Caisse générale de Garantie ne serait point fondée à demander sa réalisation en raison du déficit de l'assurance-invalidité, puisque la seule ressource prévue sur ce fonds au profit des unions régionales au titre de cette assurance consiste en un prélèvement exceptionnel effectué une fois pour toutes dans les conditions fixées par le décret du 24 avril 1936 précité.

Il semble d'ailleurs à ce propos qu'il ne s'agisse pas de la part de M. Garczynski d'une inexactitude à proprement parler, mais seulement de la crainte d'un subterfuge possible de nature à faire couvrir par le budget, à concurrence d'une somme de 400 millions qui serait détournée de sa destination légale, le déficit de l'assurance-invalidité. Et « Le Temps » reconnaît lui-même que la promesse de remboursement dont il s'agit « n'est pas sans danger pour les budgets futurs » ;

3° Le péril n'est « ni aussi grave, ni aussi imminent » que le craint M. Garczynski :

« Les premières pensions n'ayant été accordées qu'en « 1933, ce n'est qu'à partir de 1938 que les caisses d'invalidité entreront en jeu. Jusqu'à cette date, seules les « unions auront la charge de l'invalidité.

« Faute de statistiques, nous ne savons pas au juste « quelles seront leurs dépenses. Cependant, en se basant « sur les chiffres de 1933 et 1934, il semble qu'elles doivent être de l'ordre de grandeur de 200 millions en 1936 « et de 300 millions en 1937. Théoriquement, elles devraient

« cesser d'augmenter après 1937, les caisses d'invalidité en-
« trant alors en jeu. En fait, la progression continuera quel-
« que temps, car l'application de l'assurance-invalidité a
« été incomplète en 1933 et même en 1934.

« Quant aux charges qui incomberont après 1937 aux
« caisses d'invalidité, elles seront au début très faibles.
« D'après le rapport du comité d'experts qu'avait consulté
« le Ministre du travail, la charge annuelle résultant de la
« constitution des capitaux de couverture et du paiement
« des cotisations à l'assurance-vieillesse pour le compte des
« invalides ne serait que de 0,08 % du salaire la première
« année, de 0,27 % la cinquième année, et elle n'arriverait
« qu'à 1,33 % la vingt-cinquième année » (1).

Quant aux recettes, le montant des divers prélèvements prévus au profit des unions régionales n'était pas encore fixé, mais « Le Temps » estimait qu'en raison de l'importance des excédents à la fin de 1934 (2.973 millions pour la Caisse générale de Garantie, et 2 milliards environ pour les caisses de répartition, dont 300 millions pour les unions de réassurance) il était possible de procéder à des « prélèvements substantiels » éludant pour plusieurs années la nécessité du relèvement des cotisations.

4° Le Décret-loi doit, selon « Le Temps », assurer l'équilibre financier de l'assurance-maladie sans augmentation de la part des cotisations affectées à ce risque (réduction de certaines dépenses, notamment par une augmentation du ticket modérateur et des économies pharmaceutiques ; plus grande efficacité du système de compensation) ;

5° Le déséquilibre de l'assurance-vieillesse, dû au méca-

(1) La forme de la citation faite par « Le Temps » est discutable. Voir ci-dessous les conclusions exactes du comité d'experts, p. 159.

nisme de la capitalisation adoptée par la loi primitive, ne se fera sentir que peu à peu.

6° Dans les circonstances actuelles il était nécessaire de ne pas infliger de nouvelles charges à l'économie nationale.

A vrai dire les conceptions du *Temps* et de M. Garczynski ne sont pas aussi inconciliables qu'elles le paraissent au premier abord. Elles correspondent chacune à deux aspects différents de la question. Il reste des arguments du *Temps* qu'une augmentation immédiate des cotisations de nature à accroître les difficultés économiques et financières de la nation devait, dans la mesure du possible, être évitée. Il reste des arguments de M. Garczynski que l'assurance-invalidité n'est actuellement couverte par aucune ressource normale et permanente, qu'elle reste couverte, comme auparavant, par des moyens de fortune. Mais ces moyens de fortune sont dans une certaine mesure légitimes. M. le Dr Chauveau, mis en cause par M. Garczynski, rappelait, dans une lettre adressée au *Temps* et publiée dans ce journal le 4 avril 1936, que la cotisation originellement prévue par la Commission de l'hygiène du Sénat était de 10 % du salaire réel, dont 2,10 % pour l'assurance-invalidité, et exprimait la considération suivante :

« L'affirmation que les cotisations peuvent être réduites
« se base sur des données techniques et expérimentales.
« C'est ainsi que, si les taux des cotisations affectées à l'as-
« surance-maladie n'avaient pas été modifiés et fixés à leur
« chiffre actuel, les caisses de répartition ne disposeraient
« pas actuellement d'environ deux milliards de réserve ».

Ne peut-on pas inférer de là que si les caisses de répartition ont pu accumuler de tels excédents c'est parce qu'elles ont bénéficié d'une portion de cotisation trop forte au préjudice des autres risques moins bien dotés ?

Quoi qu'il en soit, il est excessif de soutenir que le Décret-loi « organise le déficit » : cela ne serait vrai que si les rédacteurs du décret avaient entendu donner à ses dispositions un caractère définitif ; or ceux-ci se sont reconnu seulement « le devoir de prendre en considération l'intérêt qui « s'attache à l'heure actuelle à toute mesure, *même provisoire*, de nature à alléger les charges de la production » (Rapport au Président de la République précédant le décret). Ils n'ont pas entendu éluder la difficulté ; ils ont entendu seulement en ajourner la solution.

Le décret du 24 avril 1936 attribuait à l'assurance-invalidité des ressources qui paraissaient suffisantes pour en assurer la couverture pendant une durée approximative de cinq ans et permettait ainsi d'espérer que la nécessité d'une réforme ne s'imposerait pas avant 1940, mais par suite des tempéraments apportés par le décret du 7 octobre 1936 l'échéance de cette réforme se trouve forcément avancée.

Aussi le point le plus important, à l'heure actuelle, n'est-il pas de critiquer le passé, mais plutôt d'envisager l'avenir et d'examiner si des résultats donnés jusqu'à présent par l'application de la législation ne peuvent se dégager des enseignements utiles.

CHAPITRE IV

Résultats acquis.

Ces résultats ont fait au Ministère du Travail l'objet d'une étude toute récente, due à la haute compétence de M. Heitz, actuaire-contrôleur adjoint, chef du bureau de statistique. Cette étude, qui ne constitue d'ailleurs, dans l'esprit même de son auteur, qu'une simple ébauche dont les données sont insuffisantes pour permettre de se faire une idée exacte de ce que pourra être en définitive l'assurance-invalidité, porte sur les quatre points suivants : entrée en invalidité, extinction des pensions, suspension des pensions et montant des pensions.

I. — *Entrée en invalidité.*

Il résulte des renseignements fournis par les Unions régionales en réponse à un questionnaire qui leur avait été adressé par circulaires du 5 mai 1937 et par la Caisse Générale de Garantie que le nombre d'assurés entrés en invalidité en 1933, 1934, 1935 et 1936 a été respectivement de 6.623, 10.585, 13.949 et 16.992, soit au total 48.149, remarque étant faite que ces chiffres sont incomplets en ce qui concerne les invalides entrés en jouissance de leur pension en 1933 à l'âge de 58, 59 ou 60 ans et en 1935 à l'âge de 60 ans, les chiffres indiqués par ces catégories correspondant au nombre d'invalides en jouissance de leur pension à la date du 1^{er} janvier 1936, sans qu'il ait pu être tenu compte des pensions supprimées antérieurement à cette date.

Le nombre des entrées en invalidité s'est donc accru ra-

pidement d'année en année et il est probable qu'il augmentera encore très sensiblement en 1937 et 1938, les conditions d'attribution des pensions étant devenues beaucoup moins rigoureuses depuis l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, puisqu'il suffit maintenant d'avoir touché pendant chacune des deux années de référence un salaire de 1.500 fr. alors qu'auparavant les assurés devaient posséder à leur compte les versements correspondants à 480 cotisations journalières au moins.

La moyenne résultant du dépouillement des feuillets ventilés en 1933 et 1935 donne, par âge, et pour 100.000 cotisants, les résultats ci-après :

moins de 19 ans	12.412
20 à 24 »	15.213
25 à 29 »	15.664
30 à 34 »	13.828
35 à 39 »	10.960
40 à 44 »	8.476
45 à 49 »	7.566
50 à 54 »	6.783
55 à 59 »	6.084
60 ans et plus	3.014

Le nombre des assurés susceptibles de bénéficier d'une pension d'invalidité n'étant pas connu exactement, il a été admis que ce nombre était égal au quart du nombre des feuillets trimestriels rentrés dans une année.

En partant de cette base le Ministère du Travail a déterminé de la façon suivante la proportion des entrées en invalidité pour 100.000 personnes soumises au risque (assurance non agricole) :

Age d'entrée en Invalidité	Année d'entrée en jouissance de la pension				Années 1933 à 1936
	1933	1934	1935	1936	
moins de 20 ans	72	120	145	160	118
21 à 25 —	104	180	250	289	202
26 à 30 —	115	175	204	252	187
31 à 35 —	113	174	227	281	199
36 à 40 —	111	173	230	322	212
41 à 45 —	127	183	268	328	226
46 à 50 —	134	228	327	395	268
51 à 55 —	175	307	414	523	351
56 à 60 —	173	360	514	652	424
tous âges	116	194	262	324	222

Il est fait remarquer que la statistique des assurés entrés en invalidité en 1933, 1934 et 1935 à l'âge de 57 à 60 ans est incomplète, les renseignements relatifs à ces assurés n'ayant pu être recueillis d'une façon précise. Les taux indiqués en ce qui concerne le groupe d'âge 56 à 60 ans pour les trois années 1933, 1934 et 1935 sont donc trop faibles. Par certaines corrections le Ministère du Travail est arrivé pour ce groupe à un chiffre total moyen de 501 (au lieu de 424) et pour la moyenne totale des divers âges au chiffre de 227 (au lieu de 222).

Pour la comparaison de cette table aux résultats de chaque année les divers taux obtenus ont été multipliés par le rapport entre le taux moyen de tous les âges d'entrée en invalidité pendant chaque année et le taux moyen de tous les âges d'entrée en invalidité pendant les 4 années, soit :

$$\frac{122,43}{226,57} = 0,5404 \text{ pour 1933}$$

$$\frac{119,20}{226,57} = 0,8792 \text{ pour 1934}$$

$$\frac{266,21}{226,57} = 1,1750 \text{ pour 1935}$$

$$\frac{327,96}{226,57} = 1,4475 \text{ pour 1936}$$

A l'aide des tables ainsi obtenues le Ministère du Travail a constaté que la différence entre le produit des taux d'entrée en invalidité moyens par un coefficient constant pour chaque année et le taux réel observé pendant l'année atteint au maximum 10 %, sauf quelques exceptions pour 1933.

Il a considéré, en conséquence, qu'on peut admettre comme table d'entrée en invalidité la table résultant de l'application de la loi de 1933 à 1936 multipliée pour chaque année par un coefficient constant, ce coefficient étant de :

0,540 pour 1933

0,879 pour 1934

1,175 pour 1935

1,447 pour 1936.

II. — *Extinction des pensions.*

D'après les statistiques relatives à la durée des pensions éteintes suivant les divers âges d'entrée en invalidité le Ministère du Travail a établi les tables ci-dessous donnant par année d'entrée en invalidité et pour chaque groupe d'âge le nombre d'invalides non encore sortis du risque par décès ou par retour à la validité après 3 mois, 6 mois, 9 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans et 4 ans.

Nombre d'invalides subsistant après les délais indiqués :

1933

Age d'entrée en Invalidité	Nombre d'Assurés entrés en Invalidité en 1933	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	2 ans	3 ans	4 ans
								(1)
16 à 20 ans	628	606	583	562	536	470	429	408
21 à 25 —	956	927	900	869	831	736	679	655
26 à 30 —	1.010	974	925	887	847	752	677	645
31 à 35 —	869	838	793	739	704	610	545	537
36 à 40 —	654	615	582	535	518	443	398	382
41 à 45 —	613	582	550	527	504	430	395	383
46 à 50 —	601	563	519	484	455	391	350	340
51 à 55 —	693	649	609	568	552	483	434	415
56 à 57 —	380	360	337	315	296	269	247	241
TOTAL :	6.404	6.114	5.798	5.486	5.243	4.584	4.154	4.006

1934

Age d'entrée en invalidité	Nombre d'assurés entrés en invalidité en 1934	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	2 ans	3 ans
							(1)
16 à 20 ans . .	838	795	756	729	707	634	592
21 à 25 — . .	1.543	1.486	1.430	1.370	1.331	1.191	1.121
26 à 30 — . .	1.540	1.473	1.400	1.347	1.299	1.168	1.098
31 à 35 — . .	1.355	1.291	1.236	1.177	1.129	1.000	939
36 à 40 — . .	1.068	1.017	959	905	874	764	713
41 à 45 — . .	870	818	766	716	684	611	577
46 à 50 — . .	968	911	857	798	757	666	640
51 à 55 — . .	1.171	1.092	1.039	980	942	843	802
56 à 58 — . .	904	834	786	738	713	612	541
TOTAL . .	10.257	9.717	9.229	8.760	8.436	7.489	7.023

1935

Age d'entrée en invalidité	Nombre d'assurés entrés en invalidité en 1935	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	2 ans (1)
16 à 20 ans . .	792	756	719	707	698	643
21 à 25 — . .	2.031	1.974	1.919	1.873	1.857	1.745
26 à 30 — . .	1.836	1.750	1.693	1.652	1.637	1.503
31 à 35 — . .	1.815	1.735	1.669	1.618	1.605	1.514
36 à 40 — . .	1.507	1.428	1.362	1.326	1.312	1.233
41 à 45 — . .	1.288	1.198	1.134	1.096	1.080	1.010
46 à 50 — . .	1.354	1.266	1.196	1.154	1.142	1.063
51 à 55 — . .	1.554	1.444	1.356	1.317	1.306	1.211
56 à 59 — . .	1.613	1.499	1.415	1.371	1.359	1.222
TOTAL . .	13.790	13.050	12.463	12.114	11.996	11.144

1936

Age d'entrée en invalidité	Nombre d'assurés entrés en invalidité en 1936	3 mois (1)	6 mois (1)	9 mois (1)	12 mois (1)
16 à 20 ans . .	859	828	798	789	775
21 à 25 — . .	2.307	2.223	2.180	2.140	2.100
26 à 30 — . .	2.232	2.175	2.131	2.084	2.034
31 à 35 — . .	2.222	2.119	2.063	2.021	1.972
36 à 40 — . .	2.081	1.982	1.913	1.871	1.820
41 à 45 — . .	1.550	1.459	1.413	1.378	1.332
46 à 50 — . .	1.606	1.511	1.461	1.432	1.390
51 à 55 — . .	1.928	1.804	1.730	1.686	1.632
56 à 59 — . .	1.921	1.803	1.743	1.698	1.656
TOTAL . .	16.706	15.894	15.432	15.099	14.711

Remarque est faite que les chiffres des colonnes numérotées (1) devront être modifiés lorsque la statistique de l'année 1937 aura été établie.

En négligeant les résultats de l'année 1936, trop incertains, et en corrigeant les chiffres des dernières colonnes de chacune des tables se rapportant aux trois autres années, le Ministère du Travail est arrivé à la table générale ci-après :

Année d'entrée en jouissance de la pension	Nombre d'assurés entrés en invalidité	Nombre d'invalides subsistant après						
		3 mois	6 mois	9 mois	1 an	2 ans	3 ans	4 ans
1933 . .	6.404	6.114	5.798	5.486	5.243	4.584	4.154	3.858
1934 .	10.257	9.717	9.229	8.760	8.436	7.489	6.557	
1935 . .	13.790	13.050	12.463	12.114	11.996	10.292		

Sur la base de ces résultats il a été amené à considérer que la table d'extinction des pensions d'invalidité pour 10.000 assurés semblerait devoir commencer comme suit :

Nombre d'invalides primitif : 10.000

» » après 1 ans 8.132

» » après 2 ans 6.861

» » après 3 ans 5.809

» » après 4 ans 5.225.

III. — *Pensions suspendues.*

Au 1^{er} janvier 1936 le pourcentage des pensions suspendues par rapport aux pensions non encore éteintes était de 6,4 % pour les pensions entrées en jouissance en 1933, de 6 % pour les pension entrées en jouissance en 1934 et de 2,2 % seulement pour les pensions entrées en jouissance en 1935.

Depuis cette date les Unions régionales ont eu un grand

nombre de suspensions : à la date du 31 décembre 1936 le nombre des pensions suspendues était respectivement de 12,7 %, 14,6 % et 11,7 % des pensions non encore éteintes attribuées en 1933, 1934 et 1935.

Il résulte des statistiques que le nombre des pensions suspendues décroît avec l'âge. Le rapport est de l'ordre de 1 à 10 entre les groupes d'âge de 56 à 60 ans d'une part et de 16 à 20 ans d'autre part.

IV. — *Montant des pensions.*

Le montant des pensions varie entre un minimum de 600 à 1.000 fr., selon le nombre d'années de versements, et un maximum de 6.000 fr., ce dernier chiffre ne pouvant d'ailleurs être atteint qu'en 1939 pour les assurés immatriculés depuis 1937 avant leur trentième année. Pour un assuré qui a versé depuis le début de l'application de la loi la cotisation maximum, le montant de la pension est de 4.300 fr. si elle est calculée sur les cotisations des années 1930 à 1935 et de 4.600 fr. si elle est calculée sur les cotisations versées jusqu'en 1937.

Le montant moyen des pensions en cours à la date du 31 décembre 1936 (compte non tenu des pensions en cours sans paiement d'arrérages) était de 2.121 fr. 75

Le montant moyen des pensions en cours sans paiement d'arrérages à la date du 31 décembre 1936 était de 2.221 fr. 35

Le montant moyen des pensions accordées en 1936 est de 2.040 fr. 36

Le montant moyen des pensions éteintes en 1936 est de 1.703 fr. 73

Le montant moyen des pensions en cours à la date du

31 décembre 1936 était, pour la région parisienne, de 2.679 fr. 26. Il était donc plus élevé que dans l'ensemble du pays. Cela tient au chiffre plus élevé des salaires payés dans cette région.

En ce qui concerne les majorations pour charge de famille, la majoration moyenne par pension était au 31 décembre 1936 de 46 fr. 16. Elle atteignait son minimum à Paris (38 fr. 56) et son maximum dans la région de Limoges (60 fr. 53).

CHAPITRE V

Appréciation.

Abstraction faite des éléments relatifs à la suspension et au montant des pensions, il est bon de comparer les résultats ci-dessus aux prévisions actuarielles sur lesquelles s'était fondé le législateur lors du vote de la loi du 5 avril 1928.

D'après la table adoptée en ce qui concerne l'extinction des pensions (Avis de M. Pasquet du 7 avril 1927, p. 86) cette extinction devait se développer ainsi qu'il suit :

Nombre d'invalides primitif : 100.000

»	»	après 1 an	75.441
»	»	après 2 ans	64.785
»	»	après 3 ans	58.533
»	»	après 4 ans	53.772
»	»	après 5 ans	49.969
»	»	après 6 ans	46.885
»	»	après 7 ans	44.335
»	»	après 8 ans	42.147
»	»	après 9 ans	40.231

.....

»	»	après 49 ans	0.
---	---	--------------	----

Le tableau suivant fait ressortir les indications comparées de cette table (dont les résultats sont ramenés au chiffre des dizaines de mille) et de la table tirée des résultats donnés par l'application de la loi :

Nombre d'invalides primitifs		Table admise pour les travaux parlementaires,	Table résultant de l'application de la loi.
		10.000	10.000
»	après 1 an	7.544	8.132
»	après 2 ans	6.478	6.861
»	après 3 ans	5.853	5.809
»	après 4 ans	5.377	5.225

Il résulte de ce tableau que les données des deux tables, sensiblement différentes pour la première et la deuxième années se rapprochent ensuite pour devenir à peu près les mêmes, et qu'en conséquence les résultats effectifs de l'application de la loi correspondent à peu près aux prévisions initiales.

Il n'en est pas tout à fait ainsi en ce qui concerne l'entrée en invalidité.

En comparant la table établie d'après les résultats obtenus de 1933 à 1936 et les deux tables allemandes de 1899 et de 1914 (celle adoptée dans le mémoire financier de la loi de 1899 et celle publiée dans le rapport financier de 1914) le Ministère du Travail a dressé les deux tableaux suivants :

	Table allemande de 1899	Moyennes des résultats de 1933 à 1936	Rapport des chiffres des colonnes 1 et 2
Moins de 20 ans	30	118	0,3
23 ans	110	202	0,5
28 ans	170	187	0,9
33 ans	230	199	1,2
38 ans	320	212	1,5
43 ans	500	226	2,2
48 ans	830	268	3,1
53 ans	1410	351	4,0
58 ans	2430	501	4,8

	Table allemande de 1914 (sexes réunis)	Moyennes des résultats des années 1933 à 1936	Rapport des chiffres des colonnes 1 et 2
Moins de 20 ans	146,4	118	1,2
23 ans	149,9	202	0,7
28 ans	287,0	187	1,5
33 ans	258,7	199	1,3
38 ans	451,8	212	2,1
43 ans	655,0	226	2,9
48 ans	1180,3	268	4,4
53 ans	2115,0	351	6,0
58 ans	4257,1	501	8,5

C'est la table de 1914 qui a été utilisée pour l'étude financière de la loi (Avis de M. Pasquet, p. 82). Or, la comparaison qui précède montre que la croissance en fonction de l'âge résultant de cette table — comme d'ailleurs de la table de 1899 — est plus forte que la croissance des taux ressortant de l'application de la loi française. Il convient de ne pas oublier que les taux d'entrée en invalidité donnés par la table établie par le Ministère du Travail sont à multiplier chaque année par un coefficient croissant, mais néanmoins il semble que les cas d'entrée en invalidité doivent être moins nombreux en France qu'en Allemagne (bien que la définition de l'invalidité soit la même dans les deux pays, l'une et l'autre législation exigeant pour l'ouverture du droit à pension une réduction de la capacité de travail au moins égale aux deux tiers).

D'ailleurs, M. Pasquet, dans son avis précité (p. 83), admettait que chaque promotion annuelle, calculée sur un nombre total d'assurés de 8.742.000, s'élèverait à environ 59.000 têtes. Or le nombre des assurés immatriculés au 31 décembre 1935 était de 11.261.171 (Rapport du Ministère du

Travail au Président de la République, 1937, p. 3), et le nombre des pensions accordées jusqu'ici est encore loin d'atteindre le chiffre prévu.

Bien qu'il soit impossible de tirer des résultats actuels des conclusions définitives, il apparaît dès maintenant que les prévisions originelles étaient un peu trop rigoureuses.

Mais il ne faut pas perdre de vue que lorsque l'assurance-invalidité aura atteint son plein développement le chiffre des pensions se trouvera sensiblement accru. La portion de cotisation primitivement destinée à la couverture de cette assurance ne saurait donc, dans un régime normal, être diminuée inconsidérément.

Cette manière de voir se trouve confirmée par la position prise par le comité d'experts constitué par l'arrêté du 21 juin 1935. Suivant les calculs de ce comité les charges annuelles des capitaux de couverture des rentes d'invalidité temporaire et de l'assurance complémentaire (versement des cotisations-veillesse pour le compte des invalides) représentent en régime normal 1,33 % des salaires des assurés cotisants. Au cours de la période transitoire, cette charge est de l'ordre de :

0,08 % du salaire des assurés cotisants pour la 1^{re} année.

0,27 % du salaire des assurés cotisants pour la 5^e année.

1,02 % du salaire des assurés cotisants pour la 10^e année.

1,22 % du salaire des assurés cotisants pour la 15^e année.

1,28 % du salaire des assurés cotisants pour la 20^e année.

1,33 % du salaire des assurés cotisants pour la 25^e année.

D'autre part, la charge des soins aux invalides a été évaluée en régime normal à 0,22 % du salaire des assurés cotisants. (Rapport du Ministère du Travail au Président de la République, 1936, p. 2).

Ainsi la charge totale de l'assurance-invalidité représen-

terait en régime normal une fraction égale à 1,55 % du salaire des assurés cotisants, ce qui ferait ressortir une diminution de 0,55 % sur la fraction de 2,10 % considérée à l'origine comme nécessaire.

CONCLUSION

L'étude des rapports des organismes d'assurance avec les assurés n'a fait ressortir la nécessité d'aucune réforme profonde. La législation n'est cependant point parfaite et il est probable que certaines retouches de détail s'imposeront tôt ou tard.

Il importe de signaler à ce sujet que dans son avis du 21 juillet 1937 le Conseil supérieur des Assurances sociales a envisagé la possibilité de certaines réformes et que pour satisfaire aux conclusions de cet avis le Ministère du Travail a prescrit aux Services régionaux, par note du 17 novembre 1937, de procéder à une enquête auprès des Unions et des caisses sur les divers points suivants :

1° La définition de l'invalidité appliquée par les caisses et les unions a-t-elle toujours été conforme à celle admise par le Conseil Supérieur dans l'avis dont il s'agit ?

2° Utilité et efficacité des diverses mesures de prévention susceptibles d'être appliquées.

3° Modifications susceptibles d'être apportées à la procédure suivant laquelle est constatée l'invalidité.

4° Opportunité d'une modification du taux minimum d'incapacité requis, soit par l'abaissement de ce minimum, soit par l'application de taux différents en vue de la transformation de la pension d'invalidité en une pension d'indemnisation analogue à la pension militaire.

5° Opportunité de deux régimes différents pour les assurés atteints de maladies chroniques et pour les assurés atteints d'infirmités consolidées. — Résultats donnés par

le versement préventif des prestations en nature aux assurés dont l'incapacité, à l'expiration du délai de six mois, est inférieure à 66 %. — Opportunité d'un régime permettant le traitement au delà du délai de six mois des enfants atteints de maladies chroniques.

6° Difficultés rencontrées dans l'application des dispositions relatives aux assurés jouissant d'une pension militaire, d'une rente d'accident du travail ou d'un salaire ou gain. Opportunité d'une modification de ces dispositions.

7° Suggestions éventuelles en vue de l'organisation, dans le cadre des assurances sociales, ou avec leur concours, d'une rééducation ou réadaptation professionnelle des invalides.

8° Opportunité du maintien des pensions en faveur des invalides qui ont retrouvé une certaine activité à la suite d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

9° Difficultés de toute nature rencontrées dans l'application de l'assurance-invalidité et suggestions en vue d'une réforme. Avis des médecins-conseils.

Quelles que soient les réformes particulières que puissent appeler les résultats de cette enquête il ne semble pas que l'organisation administrative générale de l'assurance-invalidité puisse être modifiée sensiblement dans ses traits essentiels.

Pareille conclusion ne saurait être admise en ce qui concerne le régime financier de cette assurance. Certes il est possible que par des mesures de prévention on arrive à réduire quelque peu les cas d'invalidité, celle-ci étant due très souvent à des maladies chroniques dont il n'est pas toujours impossible d'enrayer les ravages. Le Décret-loi du 28 octobre 1935 a déjà prévu (art. 30 § 7) que les Unions régionales pourraient créer des établissements de soins ou prêter

leur concours financier à des établissements existants, mais les ressources affectées à cette destination ne sont pas des ressources régulières (dotation initiale du sixième de l'actif des anciennes unions pour la réassurance, — en fin d'année versement au Compte d'hygiène sociale, prévention et contrôle, d'une partie des excédents des comptes de garantie, compensation, et revenus, ce versement ayant été pour 1937, conformément à l'art. 3 de l'arrêté du 29 juillet 1936, de la moitié des excédents de l'exercice 1936 pour les comptes de compensation et de garantie et du quart des excédents pour le compte de revenus.

Mais, même en admettant que des ressources régulières soient affectées dans l'avenir aux opérations de prévention, il serait vain d'attendre de ce genre d'opérations un allègement appréciable des charges de l'assurance-invalidité.

Ainsi se pose l'alternative ou bien de diminuer le montant des prestations versées, ou bien d'augmenter le montant des cotisations perçues, à moins qu'il ne résulte de l'expérience acquise que la fraction des cotisations attribuée aux autres risques est trop élevée. Or, sans parler de l'assurance-vieillesse, dont on ne peut dire qu'elle soit trop abondamment dotée, le comité d'experts a été d'avis que les dépenses annuelles de répartition tendaient à rejoindre le montant annuel des recettes, conformément aux prévisions, et que les cotisations correspondantes devaient être maintenues à 4 % des salaires antérieurement taxables dans le système des catégories. Comme, d'autre part, il est difficile d'envisager une diminution du montant des prestations, seule l'augmentation des cotisations semble susceptible de fournir, pour l'avenir, une solution acceptable. D'après les prévisions effectuées dans la troisième partie ci-dessus, — et sans que ces prévisions prématurées puissent être tenues

pour certaines —, une cotisation globale légèrement supérieure à 9 % du salaire de base paraît de nature à assurer l'équilibre financier de l'institution en régime permanent (1).

Le relèvement des cotisations entraînera évidemment, lorsqu'il se produira, de nouvelles charges pour l'économie nationale. Aussi certains esprits, soucieux d'échapper à cette perspective, ont-ils proposé de diminuer le rôle du système de la capitalisation pour accroître en conséquence celui du système de la répartition. Ce dernier système, s'il était adopté pour l'assurance-invalidité, aurait pour résultat d'alléger pendant les premières années les charges de l'assurance, mais celles-ci ne pourraient que se relever par la suite, sans comporter pour les assurés les garanties désirables. Pour cette raison il est nécessaire de s'en tenir au système de la capitalisation, mais à la condition de ne pas perdre de vue que ce système, plus que tout autre, exige pour sa bonne réalisation la stabilité politique, sociale, économique, financière et monétaire.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Jean LESCURE.

Vu :

Le Doyen,
Edgard ALLIX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

(1) Abstraction faite de toute considération relative aux causes de déséquilibre susceptibles de provenir, éventuellement, des catégories d'assurance autres que l'assurance-invalidité,

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Publications Officielles et diverses.*

Journal Officiel.

Rapports annuels du Ministère du Travail au Président de la République sur l'application de la loi des Assurances sociales.

Rapports annuels de la Commission de Surveillance de la Caisse des Dépôts et Consignations au Sénat et à la Chambre des Députés.

Rapports annuels de la Commission Supérieure de la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse au Président de la République.

Recueil général des textes concernant les Assurances sociales.

Recueil des circulaires ministérielles concernant les assurances sociales (Comité Central des Assurances Sociales).

Manuel pratique des Assurances Sociales (Comité Central des Assurances Sociales).

Bulletin mensuel des Allocations familiales et des Assurances Sociales.

II. — *Bibliographie Générale.*

ANTONELLI. — Guide pratique des Assurances Sociales, 1928.

CHAUVEAU. — Les Assurances Sociales, 1926.

— Loi sur les Assurances Sociales. — Commentaire juridique financier et administratif, 1928.

HUBERT et LEPROUST. — Les Assurances Sociales : I. — La mise en application, 1929 ; II. — Le fonctionnement, 1931.

FLEURY. — Commentaire pratique et critique de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales, 1929.

PICARD. — Les Assurances sociales. — Commentaire de la loi du 5 avril 1928, 1928.

SOLUS. — Qu'est-ce que les Assurances Sociales ? Guide pratique et texte annoté de la loi du 5 avril 1928, 1928.

SOLUS. — Comment fonctionnent les Assurances Sociales ? Guide pratique et texte annoté du décret du 30 mars 1929, 1929.

SOLUS. — Quel est le nouveau régime des Assurances sociales ? Guide pratique et texte annoté de la loi du 30 avril 1930, des décrets et arrêtés en portant application, 1930.

EYLAUD. — Les Assurances Sociales en France et la protection de la santé publique, 1929.

DURAND. — L'application pratique de la loi sur les Assurances Sociales, 1930.

- HERZENSTEIN (Mme). — Petit Guide pratique des Assurances Sociales, 1930.
- SIRVIN. — Guide théorique et pratique des Assurances Sociales, 1935.
- BELLOM. — Invalidité. — Définition légale en matière d'assurance sociale, 1912.
- FERDINAND-DREYFUS. — Les prévisions statistiques et financières des Assurances sociales, 1923.
- DEGAS. — Les Assurances Sociales, 1924.
- SACHET. — Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, 6^e éd., 1921.

III. — *Bibliographie juridique.*

Gazette du Palais.

- DALLOZ. — Répertoire pratique.
- DALLOZ. — Recueil hebdomadaire de jurisprudence.
- DALLOZ. — Recueil périodique de jurisprudence.
- DALLOZ. — Nouveau Code civil annoté.
- PLANIOL et RIPERT. — Traité élémentaire du Droit Civil, 11^e éd., 1931.
- MARTIN. — Le Contentieux des Assurances Sociales, 1935.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	Pages. 9
--------------------	-------------

PREMIERE PARTIE

Obligations et droits des Assurés.

TITRE I. — Conditions requises pour l'obtention des prestations	15
CHAPITRE I. — Affiliation	17
CHAPITRE II. — Immatriculation et cotisations	21
CHAPITRE III. — Etat d'invalidité	32
TITRE II. — Prestations de l'Assurance-Invalidité	36
CHAPITRE I. — Nature et montant des prestations	36
Section I. — Pension d'invalidité	36
Section II. — Prestations en nature de l'assurance-maladie	43
Section III. — Majorations pour charges de famille	45
Section IV. — Cotisation annuelle d'assurance-vieillesse	46
CHAPITRE II. — Attribution et règlement des prestations	48
Section I. — Demande de pension	48
Section II. — Liquidation et Service de la pension	52
CHAPITRE III. — Evénements susceptibles de modifier le montant ou d'affecter l'existence de la pension	61
Section I. — Montant de la pension	61
Section II. — Existence de la pension	63

DEUXIEME PARTIE

Contentieux.

CHAPITRE I. — Contentieux spécial à l'assurance-invalidité. — La Commission technique régionale	68
I. — Compétence	68
II. — Composition	69
III. — Procédure	70
IV. — Appel devant la section permanente du Conseil supérieur	73

	Pages.
CHAPITRE II. — Contentieux commun à l'assurance-invalidité et à l'assurance sociale en général. — La Commission d'arrondissement	79
I. — Compétence	79
II. — Composition	80
III. — Procédure	81
IV. — Appel	83
V. — Pourvoi en cassation	85
CHAPITRE III. — Recours contre les tiers	88
Section I. — L'action prévue par l'article 25 § 3 du décret-loi	88
1. Caractère de la nullité prescrite par cet article	89
2. Nature et portée de l'action	93
3. Conditions d'exercice	105
Section II. — Recours de droit commun	109
TROISIÈME PARTIE	
<i>Régime financier.</i>	
CHAPITRE I. — Le principe	117
CHAPITRE II. — Le Régime actuel	129
CHAPITRE III. — Critique	138
CHAPITRE IV. — Résultats acquis	147
1. Entrée en invalidité	147
2. Extinction des pensions	150
3. Pensions suspendues	153
4. Montant des pensions	154
CHAPITRE V. — Appréciation	156
CONCLUSION	161
BIBLIOGRAPHIE	165

